IOLANDA MITROFAN

• Prof. univ. Dr. - Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București.
• Coordonator de stagii de studii aprofundate și doctorat în psihologie și psihoterapie,
Centrul de Dezvoltare Personală, Consiliere și Psihoterapie Experiențială, Universitatea București.
• Cercetător științific (gr. I) și psihoterapeut în domeniul clinic
la Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă (1977-1997).
• Stagii de formare (specializări) în: gestaltterapie (Belgia), somato-analiză, analiză bioenergetică
și reichiană (Franța), NLP, terapii creative (Olanda), meditație creativă, terapii de cuplu și familie.
• Autor și coautor a peste 100 de studii, articole științifice și teme de cercetare.
Volume publicate: „Cuplul conjugal - armonie și dizarmonie" (1989), „Familia de la A la Z" (1991),
„Elemente de psihologia cuplului" (1994, 1996),
„Psihologia relațiilor dintre sexe. Mutații și alternative" (1997), „Psihoterapia experiențială" (1997),
„Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei" (1998),
„Jocurile conștienței sau Terapia Unificării" (1999), „Psihologia pierderii și terapia durerii" (1999),
„Orientarea experiențială în psihoterapie" (2000),
„Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului" (2001).
• Președinta Societății de Psihoterapie Experiențială Română - SPER,
Membru fondator al Asociației Române de Psihologie Transpersonală - ARPT,
Psihoterapeut formator în cadrul SPER.
• Coordonatoarea programelor formative în psihoterapie derulate
în colaborare cu Universitatea București și Colegiul Consilierilor și Psihoterapeuților din România.
• Director și fondator al Revistei de Psihoterapie Experiențială
• Coordonatoarea Centrului de Dezvoltare Personală, Consiliere și Psihoterapie Experiențială,
în cadrul unui program al Universității București în parteneriat cu SPER.

DIANA LUCIA VASILE

• Lector univ. Doctorand - Facultatea de Sociologie - Psihologie, Universitatea „Spiru Haret",
• Stagii de formare (specializare) în gestaltterapie, somato-analiză,
analiză bioenergetica și reichiană (cu formatori din Franța și Belgia),
în terapia persoanelor traumatizate, terapii de cuplu (Australia),
și în terapii de familie (Canada, Australia).
• Autor și coautor a peste 15 studii, articole științifice și teme de cercetare în țară și străinătate.
Coautor al manualului „Psihologia Educației" (2000).
• Membru fondator al Societății de Psihoterapie Experiențială Română - SPER
și al Asociației Române de Psihologie Transpersonală - ARPT,
membru al Asociației Terapeuților de Traumă - ATT (Australia).
• Psihoterapeut în cadrul SPER și al Centrului de Dezvoltare Personală,
Consiliere și Psihoterapie Experiențială.

ISBN 973-85329-3-0

IOLANDA MITROFAN DIANA VASILE

TERAPII DE FAMILIE



Editura SPER
Colecția Alma Mater

IOLANDA MITROFAN DIANA VASILE

TERAPII DE FAMILIE



Colecţia Alma Mater
Editura SPER Bucureşti 2001

Cartea aparută sub egida
Societăţii de Psihoterapie Experienţială Română

ISBN 973-85329-3-0

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
MITROFAN, IOLANDA
Terapii de familie / Iolanda Mitrofan, Diana Vasile
Editura S.P.E.R., 2001
p. 250: cm 21 (Alma Mater)
Bibliogr.
ISBN 973-85329-3-0

I. Vasile, Diana

615.851.6

Difuzare - Editura SPER
Str. Ritmului nr. 2A, Sector 2, Bucureşti
Tel: 092 30 30 41, 314 89 72
Redactor: Iolanda Mitrofan
Coperta, tehnoredactare şi design: Augustin Iordache
Corectură: Iuliana Tănase

CUPRINS

Capitolul I: Terapii de familie de tip comunicaţional 1
Scopurile terapiei comunicaţionale de familie 5
Procesul terapeutic 7
Căile terapeutice care provoacă schimbarea 8
Tehnici terapeutice comunicaţionale de familie 9
Modelul terapeutic cu grup de familii 12
Desfăşurarea terapiei în reţea 14
Alte tehnici şi procedee terapeutice comunicaţionale apicate familiei 16
Capitolul II: Terapia multiplă de familie 21
Scopul terapiei multpile de familie 22
Procesul terapeutic 22
Selectarea familiilor pentru grupul terapeutic şi motivarea clienţilor pentru terapie 24
Diferenţele culturale, sociale şi generaţionale dintre familiile paticipante, ca factor facilitant în procesul terapeutic 25
Desfăşurarea unei şedinţe terapeutice 27
Procesul terapeutic 29
Dificultăţi în conducerea unui grup de terapie familială multiplă 33
Avantaje şi particularităţi ale terapiei multiple de familie 37
Concluzie 39
Capitolul III: Terapia de familie de tip experienţial 41
Scopurile terapiei experienţiale de familie 45
Tehnici şi modalităţi de lucru ale terapiei experienţiale .. 49
Tehnici expresive integrate

în terapie experiențială de familie 56
Instructaj-ghid al terapeutului 57
Exerciții suport pentru „sculptura familială" 58
Tehnici gazate pe joc de rol și dramaterapie 65
Concluzie 67
Capitolul IV: Terapia structurală de familie 69
Diagnoza familială 82
Procesul terapeutic și tehnicile de intervenție 86
Studiu de caz 93
Modelul psihopatogen al familiei 95
Diagnoza familiei Brown 97
Scopurile terapeutice 108
Strategii terapeutice 109
Concluzie 113
Capitolul V: Terapia transgenerațională de familie 115
Premise conceptuale 118
Principii teoretice 120
Scopurile terapiei boweniene de familie 130
Proces terapeutic 131
Tehnici terapeutice ale terapiei boweniene 133
Concluzii 138
Capitolul VI: Terapia strategică de familie 141
Premise conceptuale 143
Scopurile terapiei strategice de familie 148
Procesul terapeutic 148
Tehnicile terapiei strategice 152
Studii de caz 161
Concluzie 166
Capitolul VII: Terapia sistemică de familie 169
Premise conceptuale 169
Caracteristici ale terapiei sistemice 171
Scopurile terapiei sistemice 175
Procesul terapeutic 176
Tehnicile terapiei sistemice 180
Etapele procesului terapeutic 185
Studiu de caz 189
Concluzie 198
Capitolul VIII: Terapia narativă de familie 201
Premise conceptuale 201
Procesul terapeutic 208
Studiu de caz 215
Definirea problemei care va fi externalizată 219
Rezultatele excepționale 221
Concluzii 223
Capitolul IX: Terapia de familie integrativa 227
Premise conceptuale 228
Scopurile terapiei integrative de familie 236
Procesul terapeutic 236
Tehnicile terapiei integrative de familie 239
Concluzii 241
Bibliografie selectivă 245

ARGUMENT

Dinamica și transformările structurale și funcționale ale familiei constituie chiar „plasa nevăzută" din care se iscă suferința și bucuria, neadaptarea și adaptarea, eficiența și ineficiența indivizilor, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung.

Familia este chiar contextul evoluției lor pe parcursul întregii vieți, de la naștere și până la moarte. Rădăcinile și roadele arborelui familial se hrănesc și se transmit și transgenerațional, iar dacă ele sunt amare, gustul existenței se alterează de la predecesori la urmași. Astfel, viața devine pentru mulți, dintr-o șansă de dezvoltare și împlinire a potențialităților, doar o cursă cu obstacole de care se tem sau pe care le percep ca insurmontabile. Adesea, consecințele nefaste se pot „citi" în starea de sănătate psihică și somatică, dar și în dezechilibrele și suferințele sociale.

Cum pot învăța oamenii să interacționeze responsabil în partea cea mai hrănitoare și structurantă a vieții lor – intimitatea și solidaritatea familială – astfel încât să-și mențină sănătatea și armonia?

Pot constitui terapiile de familie modele viabile de asistare și facilitare a echilibrului sistemului familial aflat în impas? Pot ele deveni instrumente moderne de acțiune, preventive și curative, în slujba familiilor disfuncționale?

Fără indoială că DA.

Actuala lucrare vă propune o introducere în conceptele de bază ale teoriei și practicii principalelor abordări psihoterapeutice de familie. Se insistă asupra metodelor și tehnicilor utilizate în dinamica procesului terapeutic familial, precum și în evaluarea

efectelor sale. Sunt incluse secvențe de dialog terapeutic și studii de caz exemplificatoare.

Adresăm cartea în primul rând studenților și specialiștilor în psihologie, consiliere, psihoterapie, medicină, pedagogie, drept și sociologie, ea constituind suport de curs universitar în domeniul psihologiei și psihoterapiei de familie.

În al doilea rând, cartea poate prezenta interes pentru toți cei preocupați de suferința și optimizarea relațiilor de familie, de sanogeneza socială.

AUTORII

IULIE 2001

CAPITOLUL I

TERAPII DE FAMILIE DE TIP COMUNICAȚIONAL

Abordarea comunicațională a fost prima formă de terapie de familie care nu are origini în vreo formă de terapie individuală.

Spre deosebire de teoria psihodinamică, ale cărei rădăcini se situează la începutul secolului, teoria comunicării se dezvoltă în strânsă legătură cu orientarea sistemică și informațională inițiată la jumătatea secolului XX de către N. Wiener, care a publicat „Cibernetica" (1949). În 1950, această centrare pe sistemul homeostatic cu autocontrol prin feed-back pătrunde și în domeniul terapiilor.

Deși influențele gândirii sistemice se fac simțite în foarte multe terapii, curentul comunicațional devine foarte cunoscut o dată cu cercetările Școlii de la Palo Alto, în special ale lui Gregory Bateson (1952 - 1962). Acestea sunt urmate de contribuții valoroase: Virginia Satir (1962 - 1970), J. Haley (1963), D. Jackson (1968), Weakland (1962).

Ideea „dublei legături" sau a mesajului dublu, formulată de Bateson (1950), a influențat mulți terapeuți care au început să gândească relațiile umane din perspectiva teoriei patogene. Această teorie sugerează că schimbul de mesaje între persoane definește relațiile stabilite prin procese homeostatice traduse prin acțiunile

membrilor familiei.

Terapia comunicaţională se aplică atât la *diadă* (minimum necesar pentru schimbarea comunicării între emiţător şi receptor), cât şi la *grupul familial.* Această terapie accentuează *schimbarea* în sistemul familial prin comunicarea diferită a unora cu alţii reflectată în modificări comportamentale.

Accentuarea trecutului este abandonată pentru că se are în vedere modul în care persoanele *comunică acum* (centrare pe prezent).

După 1950, numărul celor care participau la o şedinţă de terapie comunicaţională a crescut de la 2 la 3 şi mai mulţi membri. Familia a început să fie concepută ca având o **structură** cu un anumit grad de **organizare.**

Cele două tipuri de comunicare familială clasificate de Bateson sunt:

- Comunicarea **digitală;**
- Comunicarea **analogică.**

În *comunicarea digitală,* fiecare mesaj are *doar un referent,* aparţine doar unui tip logic şi constă în semne arbitrare (Bateson şi Jackson, 1968). De exemplu, cuvântul „masă" nu desemnează nimic altceva decât o piesă de mobilier. Din punctul de vedere al comunicării digitale, o durere de cap este o durere de cap şi nimic altceva.

În *comunicarea analogică,* mesajul are mai mult decât un referent, putând exprima diferite grade. De exemplu, strângerea unui pumn este în acelaşi timp un *semn* pentru un anumit tip de comportament (ex. ameninţare, opoziţie, frustrare, agresivitate), dar, totodată, este şi o *parte* a acestui comportament. În anumite culturi, manifestări ca plânsul, ţipatul, ruperea hainelor, smulgerea părului, lovirea capului de un zid exprimă în mod analog diferite

grade de disperare. Un mesaj analogic poate fi decodificat doar prin luarea în considerare a altor mesaje. Aşa de pildă, o durere de stomac nu este doar o durere de stomac, ci, concomitent, exprimarea dezgustului, un mod de a te sustrage de la a face o treabă, sau o cerere de afecţiune. *„Durerea de stomac"* comunicată cuiva ca mesaj analogic va depinde de situaţia şi de contextul în care mesajul analogic a fost emis (Madanes).

De exemplu, o soţie frustrată de lipsa de atenţie a soţului său preocupat de alte probleme îi poate comunica brusc o durere de stomac, în timpul cinei. Mesajul are mai multe semnificaţii. El poate însemna intenţia de a-l deturna pe soţ de la problemele lui, nevoia de a-i capta atenţia şi afecţiunea şi, totodată, o stare fizică logică de disconfort epigastric.

Sau *„Am o durere de cap..."*, comunicată în momentul pregătirii de culcare poate însemna mai mult decât o stare internă, deteriorarea relaţiilor sexuale sau refuzul acestora.

Unele şcoli de terapie (ex. psihanaliza, terapia experienţială) se bazează pe teoria comunicării analogice, considerând că indiferent de tulburarea de comportament (teamă, probleme psihosomatice, act antisocial etc.) aceasta este o *expresie metaforică* pentru dificultăţile apărute în viaţa unei persoane.

Alte şcoli terapeutice (ex. comportamentalismul) consideră comportamentul simptomatic ca având un singur referent (gândire digitală), fiind răspunsul clar, unic la un stimul care îl precede.

Terapia comunicaţională de familie utilizează dominant gândirea *analogică*, înţelegând simptomele şi comportamentele ca pe *comunicări despre viaţa persoanei,* incluzând inframesaje sau metamesaje, fiind în consecinţă referiri simbolice la altceva.

Primele modele terapeutice de familie considerau că *schimbarea* e adusă de *conştientizarea* semnificaţiei comunicărilor şi, de

aceea, era folosită *interpretarea*, pentru că nu se dezvoltaseră alte tehnici bazate pe noi moduri de gândire.

În anii '60, terapeuţii aparţinând curentului comunicării introduc o noutate: *experienţa comunicaţională*, în sensul adoptării unui nou comportament. Ei utilizează *directive* în interviu pentru a *schimba modurile de comunicare ale clientului.* De exemplu, ei solicită membrilor familiei care, de obicei, nu vorbesc, să vorbească şi folosesc frecvent tehnica *intenţiilor paradoxale*, sub influenţa terapiei directive a lui Milton Erikson.

La început, terapeuţii de familie s-au centrat pe *încurajarea şi creşterea comunicării* în familie, apoi ei au accentuat centrarea pe *problemă*, sub influenţa lui Erikson. Astfel, problema nu a mai fost categorisită doar ca un „simptom", ci ca un răspuns necesar şi adecvat la comportamentul de comunicare ce l-a provocat.

După ce în fazele de început ale terapiei fusese încurajată accentuarea *ierarhiei* în structura familială, ulterior terapeuţii comunicării au sprijinit comunicarea *de la egal la egal* între membrii familiei.

În unele abordări, accentul cade *pe clarificarea comunicării* (V. Satir, 1964), în altele pe *status* şi *organizare familială* (D. Jackson şi Weakland, 1961, 1968) – care accentuează importanţa autorităţii parentale în cazul tinerilor psihotici.

Curentul comunicării a tins să devină parte a altor curente. Astfel, Virginia Satir (1972) dezvoltă curentul **„terapiei experienţiale a comunicării"**, după participarea sa la grupurile de gestalt-terapie de la Esalen.

Un alt curent important dezvoltat din teoria comunicării va fi **„terapia structurală"** (S. Minuchin), care accentuează organizarea ierarhică în familie.

Un al treilea curent important născut din terapia comunicaţională este **„terapia strategică de familie"**, care accentuează secvenţele repetitive ce stau la baza structurii familiale (J. Haley, C. Madanes, S. Ariel).

Scopurile terapiei comunicării de familie

Obiectivele terapiei comunicării în grupul familial sunt asemănătoare tratării grupului format din persoane străine:

- *Promovarea individualităţii membrilor familiei;*
- *Optimizarea relaţiilor interpersonale.*

Creşterea individuală este promovată când nevoile nesatisfăcute sunt verbalizate şi înţelese, iar rolurile restrictive (delimitate) sunt explorate şi extinse.

Terapeuţii comunicării au plecat de la premisa că, atunci când membrii familiei vor fi eliberaţi de propriile inhibiţii, ei îşi vor dezvolta o mai mare coeziune familială. Abordările reflectă însă două puncte de vedere diferite:

- *Tratarea familiei ca un grup de indivizi;*
- *Tratarea familiei ca pe un sistem, ca pe o unitate.*

Ceea ce se reproşează primei abordări este faptul că nu reuşeşte să evalueze corect nevoia de *ierarhie* şi *structură* a grupului familial, lucru comun şi abordării celorlalte tipuri de grupuri. Astfel, din această *perspectivă*, care *concepe familia mai mult ca un grup de persoane* individualizate decât ca pe un sistem, Bell (1975) formulează următoarele **scopuri** ale terapiei de familie:

Dezvoltarea capacităţii familiilor de a învăţa să facă faţă simptomelor prin:

- *Manifestarea unei cooperări sporite;*
- *Independenţa personală;*

• *Creşterea libertăţii şi deschiderii interacţiunilor;*

• *Creşterea gradului de securitate al fiecărui membru al familiei;*

• *Creşterea flexibilităţii rolurilor în familie.*

Modalitatea esenţială de satisfacere a acestor obiective este *optimizarea comunicării.* Scopurile acestei abordări reflectă o viziune relativ naivă şi simplă asupra familiei aparţinând practicienilor clinicieni, înainte de a învăţa să gândească sistemic fenomenul familial.

În timp ce G. Bateson şi colaboratorii săi analizau complexitatea sistemelor comunicaţionale, terapeuţii obişnuiţi credeau iniţial că modul de a ajuta familiile în dificultate ar consta în a le determina să se aşeze şi să discute unele cu altele. Şi cum multe familii reunite găsesc suficiente subiecte de conversaţie, ele prezintă erori de comunicare pe care terapeuţii le-ar putea corecta pe parcursul mai multor întâlniri, fără a ajunge însă nici la dinamica individuală, nici la dinamica sistemului familial care le generează.

Scopul terapiei de familie comunicaţionale a fost să întreprindă o „acţiune" deliberată pentru a alerta nivelele slabe de funcţionare ale interacţiunii prin intermediul unei comunicări îmbunătăţite. Weakland precizează că scopul era determinismul simptomelor şi nu reorganizarea familiilor („Noi privim rezolvarea problemelor ca necesitând prioritar o substituire de modele de comportament, astfel încât să întrerupă *cercurile vicioase* cu feed-back sigur").

În cadrul acestui model terapeutic, terapeuţii au identificat *simptomele* drept *mesaje* şi apoi au căutat acele *secvenţe de comportament care menţin problemele.* O dată descoperite, scopul intervenţiilor era de a le înlocui cu alte secvenţe comportamentale nedistructive, deci care nu susţineau simptomele.

Terapeutul de comunicare acţionează ca şi terapeutul

comportamentalist, adică interzice comportamentele care au stimulat şi întărit simptomele. Ambii împărtăşesc ipoteza că o dată ce comportamentul patologic este blocat, el va fi înlocuit de alternative constructive în locul altor simptome.

Limita modelului comportamental este că el tratează *persoana* simptomatică drept *problemă* şi concepe simptomul ca pe o reacţie, mai degrabă, decât ca pe un stimul în lanţul interacţiunii.

Limita modelului comunicaţional este aceea că *izolează* secvenţe de comportament care menţin simptomele şi se concentrează pe interacţiunile diadice, fără a considera „triunghiurile" sau alte *probleme structurale* în familie. De exemplu, în cazul în care un copil se teme pentru că tatăl său, supraimplicat, ţipă la el, de fapt tatăl ţipă la copil pentru că soţia sa nu este implicată emoţional. Relaţia tatălui cu soţia nefiind adecvată, schimbarea comportamentului tatălui ar putea să creeze un comportament simptomatic la copil.

Procesul terapeutic

Schimbarea comportamentului se realizează în special prin:

• *ajutarea membrilor familiei să vorbească deschis;*

• *sprijinirea celor care par reticenţi;*

• *criticarea procesului interacţiunii lor;*

• *prezentarea fiecărui membru în parte într-o nouă lumină, care le permite celorlalţi să se raporteze la el în noi moduri.*

Exemplu: Copiii care nu sunt obişnuiţi să fie ascultaţi de către maturi tind să se facă „auziţi" printr-un comportament discordant (de dezbinare), dar dacă terapeutul manifestă bunăvoinţa de a-i asculta, ei *pot învăţa* să-şi exprime sentimentele mai degrabă prin *cuvinte* decât prin acţiuni. Pe măsură ce încep să interacţio-

neze cu cineva care îi ia în serios, ei pot să „crească", să se maturizeze brusc.

Terapeuții orientați spre grupuri promovează comunicarea prin concentrare asupra *procesului*, mai degrabă decât asupra *conținutului comunicării*.

Considerăm important să sublimiem și următorul aspect: dacă un terapeut se lasă furat de detalii despre problemele unei familii sau se gândește la rezolvarea lor, el poate pierde ocazia de a descoperi procesul a ceea ce fac membrii familiei, adică a ceea ce îi împiedică să-și găsească propriile soluții.

Căile terapeutice care provoacă schimbarea:

Modelarea ascultării este una dintre căile prin care terapeuții influențează procesul familial. În timp ce membrii familiei vorbesc, *terapeutul ascultă atent, demonstrând* vorbitorului ce anume îl face să simtă că vrea să fie auzit și înțeles, iar altor membri ai familiei de ce nu trebuie să întrerupă, să nu se certe sau să nu agreseze.

Analiza. După exprimare, membrii familiei sunt ajutați să analizeze ceea ce au exprimat (sentimentele și nevoia de a fi ascultați). Ei au astfel șansa să exploreze de ce aceste *sentimente* sunt *prezente și de ce au fost ele reținute*. Ipoteza este aceea că *familiile pot schimba ceea ce pot înțelege*. Dacă comportamentul înseamnă comunicare, atunci modul de a schimba comunicarea înseamnă schimbarea comportamentului.

Aducerea mesajelor acoperite la lumină. Potrivit teoreticienilor comunicării, toate evenimentele și acțiunile au *proprietăți comunicante*. Simptomele pot fi considerate ca **mesaje** acoperite care informează asupra relațiilor. De exemplu, o durere de cap care se dezvoltă prin menținerea unei tensiuni la nivelul mușchilor cervico-occipitali poate fi un *mesaj despre cum se simte* persoana într-o situație, sau un răspuns la o comandă indirectă adresată cuiva.

Dacă un simptom este de fapt un mesaj acoperit, atunci făcând mesajul deschis, prin implicare, se elimină nevoia de simptom. Așadar, unul dintre modurile importante de a schimba comportamentul este de a aduce mesajele acoperite la lumină. Dar nici o schimbare nu poate veni din interior, ci doar din exterior. Pentru teoreticienii comunicării (Watzlawich, Beavin, Jackson, 1967) *paradigma psihoterapiei* constă într-o *intervenție din afară pentru a rezolva dileme relaționale*. Terapeutul este un om din afara familiei care furnizează ceea ce nu poate relația - *o schimbare a regulilor de funcționare*.

De pe poziția sa (exterioară familiei), *terapeutul poate fie să releve secvențele problematice, fie*, pur și simplu, *să le manipuleze* pentru a provoca o schimbare terapeutică.

În primul caz, strategia se bazează pe puterea interiorului, depinzând de cooperare și de dorința de schimbare.

În al doilea caz, strategia constă în a „învinge" familiile cu propriile lor jocuri interacționale, cu sau fără cooperarea acestora.

Aceste strategii manipulative au format baza terapiei de familie strategice, care este un produs al teoriei comunicaționale.

Tehnici terapeutice comunicaționale de familie

Tehnicile terapiei de familie comunicaționale au fost similare cu cele ale terapiei de grup analitic și de sprijin. Rolul terapeutului a fost acela al unui dirijor de proces, modelul familiei fiind

neze cu cineva care îi ia în serios, ei pot să „crească", să se maturizeze brusc.

Terapeuţii orientaţi spre grupuri promovează comunicarea prin concentrare asupra *procesului*, mai degrabă decât asupra *conţinutului comunicării*.

Considerăm important să sublimiem şi următorul aspect: dacă un terapeut se lasă furat de detalii despre problemele unei familii sau se gândeşte la rezolvarea lor, el poate pierde ocazia de a descoperi procesul a ceea ce fac membrii familiei, adică a ceea ce îi împiedică să-şi găsească propriile soluţii.

Căile terapeutice care provoacă schimbarea:

Modelarea ascultării este una dintre căile prin care terapeuţii influenţează procesul familial. În timp ce membrii familiei vorbesc, *terapeutul ascultă atent, demonstrând* vorbitorului ce anume îl face să simtă că vrea să fie auzit şi înţeles, iar altor membri ai familiei de ce nu trebuie să întrerupă, să nu se certe sau să nu agreseze.

Analiza. După exprimare, membrii familiei sunt ajutaţi să analizeze ceea ce au exprimat (sentimentele şi nevoia de a fi ascultaţi). Ei au astfel şansa să exploreze de ce aceste *sentimente* sunt *prezente şi de ce au fost ele reţinute.* Ipoteza este aceea că *familiile pot schimba ceea ce pot înţelege.* Dacă comportamentul înseamnă comunicare, atunci modul de a schimba comunicarea înseamnă schimbarea comportamentului.

Aducerea mesajelor acoperite la lumină. Potrivit teoreticienilor comunicării, toate evenimentele şi acţiunile au *proprietăţi comunicante.* Simptomele pot fi considerate ca **mesaje acoperite** care informează asupra relaţiilor. De exemplu, o durere de cap care se dezvoltă prin menţinerea unei tensiuni la nivelul muşchilor cervico-occipitali poate fi un *mesaj despre cum se simte* persoana într-o situaţie, sau un răspuns la o comandă indirectă adresată cuiva.

Dacă un simptom este de fapt un mesaj acoperit, atunci făcând mesajul deschis, prin implicare, se elimină nevoia de simptom. Aşadar, unul dintre modurile importante de a schimba comportamentul este de a aduce mesajele acoperite la lumină. Dar nici o schimbare nu poate veni din interior, ci doar din exterior. Pentru teoreticienii comunicării (Watzlawich, Beavin, Jackson, 1967) *paradigma psihoterapiei* constă într-o *intervenţie din afară pentru a rezolva dileme relaţionale.* Terapeutul este un om din afara familiei care furnizează ceea ce nu poate relaţia - *o schimbare a regulilor de funcţionare.*

De pe poziţia sa (exterioară familiei), *terapeutul poate fie să releve secvenţele problematice, fie,* pur şi simplu, *să le manipuleze* pentru a provoca o schimbare terapeutică.

În primul caz, strategia se bazează pe puterea interiorului, depinzând de cooperare şi de dorinţa de schimbare.

În al doilea caz, strategia constă în a „învinge" familiile cu propriile lor jocuri interacţionale, cu sau fără cooperarea acestora.

Aceste strategii manipulative au format baza terapiei de familie strategice, care este un produs al teoriei comunicaţionale.

Tehnici terapeutice comunicaţionale de familie

Tehnicile terapiei de familie comunicaţionale au fost similare cu cele ale terapiei de grup analitic şi de sprijin. Rolul terapeutului a fost acela al unui dirijor de proces, modelul familiei fiind

cel al unui grup democratic. Terapeutul s-a raportat de asemenea democratic la membrii familiei, aşa după cum ei se aşteaptă să procedeze unul faţă de altul. Astfel, el a observat că toţi membrii familiei au ceva de spus, că trebuie ajutaţi să spună şi i-a încurajat pe toţi să se deschidă şi să-şi exprime punctele de vedere.

Modelul stadial al lui J. Bell (1961) constituie o abordare originală, structurată în *două faze:*

O fază centrată pe copil, în care copiii (copilul) sunt ajutaţi să-şi exprime (verbalizeze) dorinţele şi preocupările. Bell a fost atât de interesat să ajute copiii în acest sens, încât a solicitat părinţii în avans să-i asculte şi să dea curs solicitărilor copiilor, introducând astfel o schimbare în *regulile familiei*. Aceasta s-a dovedit un mijloc de a facilita încrederea şi cooperarea în procesul de negociere şi de rezolvare a problemelor de familie.

După ce copiii au vorbit şi au fost compensaţi cu unele privilegii suplimentare, atunci a venit şi rândul părinţilor.

O fază centrată pe părinte, în care părinţii au dat curs „plângerilor" privind comportamentul copiilor. Bell a fost foarte atent în intervenţiile sale, astfel încât să *atenueze* pe cât posibil *atitudinile hipercritice ale părinţilor*, concentrând şi facilitând discuţiile privind rezolvarea problemelor. În finalul etapei, a reuşit să egalizeze sprijinul pentru toţi membrii familiei.

Stilul de intervenţie al lui Bell (1975) a fost *directiv*, aşa după cum rezultă din următorul exemplu:

... După ce rămăsese tăcut câteva şedinţe, un tată a declanşat o tiradă înfocată la adresa fiului, fiicei şi a soţiei. Treptat, s-a putut observa că fiecare membru al familiei se retrage din discuţie. În acest moment, terapeutul a intervenit cu: „Acum cred că ar trebui să auzim şi ce are de spus J. (fiul) în legătură cu asta. De asemenea, H. (fiica) trebuie să aibă şi ea ceva de spus, şi probabil că ar trebui să ascultăm şi ce simte soţia dumneavoastră în legătură cu toate acestea"...

Acest comportament terapeutic a stimulat participarea întregii familii, fără a bloca în acelaşi timp comunicarea tatălui. Adesea, „semnalele" non-verbale au fost utilizate ca mijloace de a da curs exprimării unor sentimente inexprimabile; de exemplu: *„D-le X, aţi tăcut mereu, dar mă întreb dacă faptul că vă pocniţi degetele nu vrea să ne spună ceva..."*

În cadrul procesului terapeutic, Bell utilizează *4 tipuri de interpretări:*

Interpretări reflective - descriu ceea ce se întâmplă în momentul respectiv: *„Observ că atunci când soţia dumneavoastră spune ceva critic, lăsaţi capul în jos, înclinându-l, ca şi cum aţi spune: Săracul de mine..."*;

Interpretări conective – evidenţiază legături nerecunoscute de membrii familiei, existente în diverse acţiuni ale lor. De exemplu: *„Aţi observat că Ioana a început să se poarte urât, chiar din clipa în care voi doi începeţi să vă certaţi"*;

Interpretări reconstructive – explică în ce mod evenimentele din istoria familiei susţin contextul pentru unele experienţe cotidiene;

Interpretări normative – apar în remarci avansate pentru a sprijini sau provoca un membru al familiei, comparându-l cu majoritatea oamenilor. De exemplu: *„Mare scofală ...*

Majoritatea adolescenților sunt obraznici cu părinții. Face parte din procesul de maturizare ..."

Modelul terapeutic cu grup de familii

Există 3 aplicații de bază ale metodelor de grup în terapia de familie:

Terapia de familie multiplă (cu grup format din 4 – 6 familii reunite în ședințe săptămânale de 90 de minute). **P. Laqueur** și colaboratorii săi introduc acest model pe principiul terapiei de grup tradiționale, incluzând tehnici specifice ale grupului de întâlnire și psihodramatice. El folosește exerciții structurate pentru a spori nivelul de interacțiune și intensitatea sentimentelor. Familiile participante la grup sunt folosite drept *coterapeuți* care să ajute la confruntarea membrilor altor familii dintr-o poziție mai personală decât ar fi putut terapeuții s-o aibe (s-o adopte).

Terapia de familie multiplă cu impact este un model dezvoltat de **R. MacGregor** (1967, University of Texas Medical Branch din Galveston) și colaboratorii săi (Richie, Serrano, Schuster, McDonald și Goolishian). Acest model își propune să realizeze un impact multidirecționat asupra membrilor familiilor cu un *adolescent aflat în criză* (cu tulburări de comportament). Aceste familii sunt reunite pentru câteva zile la centrul din Galveston, într-o terapie *intensivă*, asigurată de o largă echipă de profesioniști. Membrii echipei au mai multe întrevederi în diverse combinații cu membrii familiilor, pe care le rearanjează într-un grup mai mare de

lucru. În cadrul acestuia se revăd o serie de constatări, opinii, atitudini și concluzii care stau la baza comportamentului membrilor incluși în terapie, iar unele dintre acestea se reformulează sub forma unor recomandări. Și chiar dacă această modalitate de lucru, intensivă, deși nu prea frecventă, nu prea mai este practicată astăzi, ea a impulsionat dezvoltarea altor tehnici și modele ale terapiei de familie actuale:

- Modelul experențialist;
- Modelul sistemic de la Milano.

Modelul terapiei de rețea (Network Therapy), este dezvoltat de **Ross Speack** și **Carolyn Attneave,** pentru ajutorarea familiilor aflate în *criză*. Se bazează pe suscitarea și asamblarea întregii rețele de suport social a familiei respective (rude, prieteni, vecini), incluzând circa 50 de persoane. Echipele de terapeuți sunt obișnuite să lucreze în grupuri mari. *Obiectivele* sunt:

- *„spargerea" modelelor relaționale distructive;*
- *mobilizarea sprijinului pentru noi opțiuni* (Speack, Attneave, 1973, Ruevini, 1975).

Se utilizează o serie de tehnici de grup și *6 faze de dezvoltare a procesului terapeutic:*

1. **Retribalizarea** – implică *recunoașterea și conștientizarea problemei prezente.* Începe cu prima convorbire prin care sunt invitați membrii rețelei să se asambleze (reunească) și continuă pe parcursul tuturor întrunirilor.
2. **Polarizarea** – implică **activarea** pozițiilor aflate în conflict și în primul rând a conflictelor intergeneraționale.
3. **Mobilizarea** – în timpul căreia *sunt desemnate sarcini și sunt*

inaugurate inițiative și eforturi active de ajutorare a familiei țintă de către membrii interesați ai rețelei.

4. **Depresia rețelei,** care pare să se instaleze în mod regulat, după declanșarea entuziasmului general al tuturor.
5. **Întreruperea și epuizarea** – când eforturile din etapa mobilizării încep să se diminueze.
6. **Exaltarea,** care se resuscită după fiecare întâlnire în timp ce membrii familiei traversează stări de speranță și ușurare. Exaltarea crește în rețea după fiecare întâlnire reușită.

Desfășurarea terapiei în rețea

Terapeuții se întâlnesc cu rețeaua în ședințe de 2-4 ore, în mod specific, de 3-6 ori. Tehnicile de *întâmpinare* utilizate constau în stimularea contactelor spontane afective (strângeri de mâini câteva minute în șir, vorbit cu voce tare, săltat, legănat, țopăit, toate manifestările verbale și nonverbale care creează o *eliberare* de tensiune și o senzație de coeziune în rețea).

Faza de *polarizare* începe când liderul *terapeut identifică și activează punctele de vedere conflictuale* din rețea. Acestea pot fi dramatizate prin aranjarea membrilor rețelei în cercuri concentrice și invitarea lor în a-și confrunta *opiniile și diferențele* dintre ei.

Treptat, confruntarea evoluează spre *compromis și sinteză,* sub directa coordonare (moderare) a terapeuților.

În timpul fazei de mobilizare sunt prezentate sarcinile, iar *subgrupuri* de membri activi și implicați sunt rugate să alcătuiască *planuri de dezvoltare* a problemelor concrete ale familiei-țintă. Astfel, de exemplu, dacă pacientul identificat are nevoie de o slujbă, poate fi format un *comitet* care să ajute în acest sens; dacă un cuplu de părinți tineri sunt blocați la domiciliu într-un conflict

legat de cine va supraveghea copilul, un grup din rețea poate fi rugat să dezvolte resurse de supraveghere temporară a copilului, oferindu-i astfel cuplului posibilitatea de a ieși din casă.

După ce entuziasmul inițial se epuizează, grupurile rețelei cad adesea într-o stare de *epuizare și dezamăgire* pe măsură ce membrii realizează cât de ascunse sunt anumite probleme și cât de dificil este să le rezolve. Iată două procedee de depășire a impasului:

Ruevini (1975) descrie cazul unei *rețele* la care s-a instalat o perioadă de *depresie, familia-problemă* simțindu-se în această *situație izolată și abandonată* de rețea. Acest impas a fost depășit prin introducerea unui *exercițiu de grup cu efect cathartic* – *„ceremonia morții"*. Membrii familiei au fost rugați să închidă ochii și să se imagineze morți. Membrii rețelei au fost rugați să-și împărtășească sentimentele despre membrii familiei, despre puterile și slăbiciunile acestora și despre *ce înseamnă* fiecare dintre ei pentru propria familie și pentru prieteni, rude (rețea). Acest procedeu *dramaterapeutic* a produs o *descărcare* a sentimentelor (atât negative, cât și pozitive), precum și a frustrărilor legate de acțiunile de sprijin, ceea ce a reușit să „ridice" rețeaua din starea de depresie.

Pentru a îndepărta *dispersarea și epuizarea rețelei,* Speack și Attneave (1973) utilizează *acțiunea,* în locul emoțiilor (folosite în procedeul anterior). Astfel, în unul dintre cazuri, s-au stabilit două grupuri de prieteni cu sarcini complementare:

- unul din grupuri urma să supravegheze pacientul-adolescent care folosea droguri;
- celălalt grup încerca să aranjeze locurile astfel încât

pacientul să se poată muta din casa părinţilor săi.

Faza de *întrerupere* se realizează când energiile disponibile din reţea sunt eliberate şi orientate de către abordarea hotărâtă, directă, activă a problemelor. Sesiunile reţelei produc deseori ceea ce autoarele au numit *„efectul de reţea"* – un sentiment euforic de conectare şi satisfacţie în grup legat de rezolvarea unor probleme considerate altădată drept copleşitoare. O dată ce reţeaua a fost realizată, ori de câte ori este nevoie, *există întotdeauna cineva care să solicite* (să cheme) *şi cineva care să ofere* (să răspundă), ceea ce creează nu numai o coeziune intrareţea cu valenţă terapeutic-suportivă pentru familiile membre, dar şi un benefic sentiment de securitate emoţională şi de solidaritate.

Alte tehnici şi procedee terapeutice comunicaţionale aplicate familiei

În terapia de familie axată pe comunicare, tehnicile şi procedeele strategice au fost de cele mai multe ori derivate din paradigma teoretică.

Procedeul lui Watzlawick (1966) – se bazează pe structurarea unui ghid de 5 sarcini pentru familia-problemă, care este solicitată să parcurgă şi să completeze ghidul-interviu în prezenţa întregii familii. Aceste *solicitări* sunt:

- *Să decidă împreună principalele lor probleme de familie;*
- *Să planifice o „ieşire" (un program comun în afara casei);*
- *Părinţii să discute despre cum s-au cunoscut;*
- *Să discute cu toţii despre înţelesurile unui proverb;*
- *Să identifice greşelile fiecăruia şi să-şi asume fiecare vina proprie.*

În timp ce familia lucrează la aceste sarcini, terapeutul din camera alăturată observă printr-o oglindă unidirecţională fixată în perete modelele de comunicare, metodele de formulare a deciziilor şi fenomenul „ţapului ispăşitor". Deşi a fost util pentru cercetarea familiei, interviul structurat nu a câştigat o largă acceptare ca instrument clinic.

Tehnicile de comunicare s-au structurat progresiv în 3 modele strategice pornind de la înţelegerea din ce în ce mai clară a modului în care familiile se dovedesc rezistente la schimbare:

- Strategia axată pe învăţarea *regulilor* comunicării clare;
- Strategia axată pe *analiza şi interpretarea* modelelor comunicaţionale;
- Strategia axată pe *manipularea* interacţiunilor printr-o varietate de manevre.

Dacă la început terapeuţii comunicării au încercat să convingă familiile să accepte responsabilitatea reciprocă, identificând pacientul ca problemă a tuturor, ulterior, izbindu-se de rezistenţa familiei la schimbare, terapeuţii au solicitat familiile să-şi autodefinească problema. După ce iniţial au breşat, printr-o serie de remarci privind scopul întâlnirii, ei au rugat pe fiecare membru al familiei, pe rând, să-şi pună în discuţie problemele. În tot acest timp, terapeuţii au ascultat concentrându-se mai curând pe procesul de comunicare decât pe conţinutul comunicat. Ei erau mai mult interesaţi de cine şi cum se comunică, decât de ce se comunică. Dacă cineva se exprima într-un mod confuz, terapeutul evidenţia acest lucru şi insista ca membrii familiei să respecte anumite reguli de comunicare clară. Clarificarea mesajului se face prin formularea de întrebări şi acest procedeu imprimă familiei câteva repere de bază pentru vorbirea clară.

Virginia Satir (1964) preciza următoarele reguli:

• *Fiecare trebuie să vorbească la persoana întâi* (să vorbească în numele lui), referitor la ce crede şi ce simte. Exemplu:

Soţul: Întotdeauna nouă ne-au plăcut prietenii Ioanei.

Terapeutul: Aş prefera să vorbiţi doar în numele dumneavoastră. Mai târziu soţia dumneavoastră poate spune ce crede.

Soţul: Da, dar noi am fost de acord întotdeauna asupra acestor lucruri…

Terapeutul: Se poate. Dar dumneavoastră ştiţi cel mai bine ce simţiţi şi ce gândiţi dumneavoastră. Vorbiţi în numele dumneavoastră şi lăsaţi-o pe dumneaei să vorbească în numele său.

• *Fiecare trebuie să formuleze afirmaţii personale* (ale Eu-lui) în legătură cu *probleme personale*. Opiniile şi judecăţile de valoare nu trebuie să treacă drept principii generale. *A avea opinii* este un pas necesar pentru a discuta într-un mod care să permită *diferenţe* legitime de opinie şi chiar mai mult, posibilitatea de a-ţi schimba opiniile.

Exemplu:

Soţia: Oamenii n-ar trebui să-şi lase copiii acasă când ies la plimbare.

Terapeutul: Înţeleg că vă place să luaţi şi copiii când ieşiţi pe afară, împreună cu soţul…

Soţia: Desigur, nu face la fel toată lumea?

Soţul: Mie nu-mi place. Aş prefera să ieşim doar noi doi, măcar din când în când.

• *Fiecare trebuie să se adreseze şi să vorbească direct*, nu pe ocolite, unul altuia şi unul despre altul. Această regulă exclude ignorarea sau descalificarea vreunuia dintre

membrii familiei şi împiedică stabilirea de coaliţii destructive. Exemplu:

Adolescentul: Mama întotdeauna trebuie să aibă dreptate. Nu-i aşa, tată?

Terapeutul: Ar trebui să-i spui ei asta.

Adolescentul: I-am spus, dar nu mă ascultă.

Terapeutul: Mai spune-i o dată, acum, aici.

Adolescentul: (către terapeut) Oh, bine.

: (către mama) Uneori am sentimentul că…

: (se reîntoarce spre terapeut) Care este folosul? La ce bun să-i spun?

Terapeutul: Văd cât de greu îţi este şi bănuiesc că te-ai cam decis că nu are rost să încerci să vorbeşti cu mama ta, dacă ea nu are de gând să te asculte. Dar aici, sper ca toţi să învăţăm să vorbim mai ***direct*** *unii cu alţii,* ***aşa încât nimeni să nu renunţe să-şi spună părerea.***

Se remarcă din dialogul de mai sus că adesea este dificil să-i înveţi pe oameni să comunice clar, doar spunându-le cum s-o facă. Desigur însă, motivul pentru care o abordare directă a persistat în tratarea familiei a fost acela că, insistând suficient, majoritatea persoanelor vor urma anumite direcţii terapeutice, cel puţin pentru moment. Datorită marii rezistenţe la schimbare a familiei, adesea noul comportament durează numai atât cât terapeutul se află acolo. Din acest punct de vedere, Virginia Satir a acţionat ca cel mai transparent şi autoritar terapeut, Jay Haley ca cel mai puţin trasparent şi autoritar, în vreme ce Don Jackson s-a situat pe o poziţie intermediară.

CAPITOLUL III

TERAPIA DE FAMILIE DE TIP EXPERIENȚIAL

Ramura experiențială a terapiei de familie se dezvoltă în baza psihologiei umaniste a anilor 1960, preluând din terapiile individuale umaniste principiul „experienței, aici și acum".

Calitatea experienței trăite este criteriul sănătății psihice și obiectivul intervenției terapeutice. Terapeuții experiențiali de familie consideră că exprimarea sentimentelor și senzațiilor este calea extinderii experienței și sensul împlinirii personale familiale.

Terapia experiențială de familie s-a bucurat de cea mai mare popularitate în etapa „de tinerețe" a domeniului terapiei de familie, atunci când terapeuții vorbeau de *schimbarea în sistem*, dar împrumutau tehnici din terapiile individuale și de grup. Astfel, ei au preluat semnificativ de la gestaltterapie și de la grupurile de întâlnire. Alte tehnici expresive cum ar fi „sculptura și desenul familial" au valorificat influențele tehnice din artterapie și psihodramă.

Din cauza utilizării tehnicilor expresive nu foarte mulți terapeuți au putut să abordeze terapia de familie experiențială, ci doar aceia care au abordat conceptele și metodele sistemice, cum ar fi: **Carl Whitaker, Peggy Papp, Virginia Satir, Walter Kempler, August Napier, David Keith, Leslie Greenberg, Susan Johnson, Fred și Bunny Duhl.** Aceștia și alții au introdus o serie de tehnici

experienţiale de familie pe care orice terapeut le poate valorifica.

Liderii acestei orientări rămân **Carl Whitaker** şi **Virginia Satir**. Primul este decanul terapiei de familie experienţiale, el încurajându-i pe membrii familiei să fie ei înşişi. Stilul său de viaţă (a copilărit la o fermă izolată din Raymondville - New York) l-a determinat să devină o persoană neconvenţională, deşi probabil că izolarea i-a facilitat iniţial o anume timiditate şi tristeţe. După ce a terminat colegiul din Syracuse şi Medicina (cu specialitatea obstretică şi ginecologie), a devenit psihiatru şi a fost fascinat de mentalul psihoticilor. El a învăţat din experienţa sa clinică să asculte şi să înţeleagă gândurile bizare ale acestor pacienţi, identificând şi „gândurile umane" pe care normalii nu le dezvăluie.

Carl Whitaker a format Clinica Psihiatrică Atlanta (1953), în cadrul căreia a organizat un *grup creativ şi productiv*, împreună cu T. Malone, J. Warkentin şi R. Felder. Psihoterapia experienţială s-a născut din această grupare (1955-1965). Ulterior, grupul se lărgeşte cu alţi colaboratori: August Napier şi D. Keith din Atlanta şi New York (Syracuse). Până la retragerea sa, în 1980, Whitaker a călătorit mult, răspândindu-şi experienţa şi împărtăşindu-şi convingerile şi munca.

O altă figură charismatică a terapiei experienţiale de familie este **Virginia Satir**. Ea a fost unul dintre membrii bine-cunoscutului grup MRI – Palo Alto. Ca asistent social, Virginia Satir a început să lucreze cu familiile în 1951 (ca practician), iar în 1955 a fost invitată să susţină un training pentru rezidenţii de la Illinois State Psychiatric Institute (aici l-a avut ca student pe Ivan Boszormanyi-Nagy). În 1959, Virginia Satir se alătură MRI (la invitaţia lui Don Jackson). Ea devine primul director al programului şi rămâne aici până în 1966, când ajunge director al Institutului Esalen din Big Sur, California (Centru de gestaltterapie). Abilitatea ei strategică deosebită, inventivitatea, tehnica experienţială, sensibilitatea şi forţa ei afectivă au transformat-o într-o „legendă" a terapiei de familie fiind considerată cea mai celebră terapeută umanistă de orientare experienţială şi de tradiţie comunicaţională şi unul dintre inovatorii terapiei familiale. După 1970, recunoaşterea ei a intrat într-un oarecare declin, nemeritat, mai ales ca urmare a disputei cu Salvador Minuchin. Acesta susţinea că ar fi mai puţin importante iubirea, căldura şi credinţa în tratarea familiilor, ci mai curând ştiinţa „reparării" rupturilor familiale. Virginia Satir a continuat să creadă în puterea vindecătoare a iubirii şi în „salvarea" umanităţii prin terapia de familie. Pe măsură ce Minuchin se impunea tot mai mult în câmpul terapiei de familie, Virginia Satir s-a retras şi a devenit purtătoare de cuvânt a unei abordări spirituale (evanghelice). A murit în 1988.

Walter Kempler este un alt mare terapeut californian de familie, de model experienţial, care a preluat multe tehnici din terapia gestalt şi din terapiile emotive în lucrul cu familiile. El descrie procedee folosite uzual în grupurile de întâlnire şi terapiile individuale existenţial-umaniste, ce demonstrează rădăcinile terapiei de familie experienţiale.

Fred şi Bunny Duhl, directori - adjuncţi la Boston Family Institute, au introdus un mare număr de tehnici expresive în terapia de familie experienţială. Ei folosesc semnificaţiile *nonverbale* ale comunicării, cum ar fi *spaţializarea şi sculptura* (Duhl, Kantor şi Duhl, 1973), ca *şi jocul de rol şi „păpuşile (marionetele)* familiale" (Duhl şi Duhl, 1981). Ei denumesc această abordare „terapie familială integrativă", definind un amalgam de elemente aparţinând unor surse numeroase, incluzând: psihodrama, psihoterapia experienţială, psihologia cognitivă, terapia familială structurală şi psihoterapia comportamentală.

Alături de Fred Duhl, cofondator al Institutului Familia din Boston (1969) este şi **David Kantor,** care împrumută din formaţia de psihodramaterapeut şi introduce abordarea *„familiei ca teatru"* - metafora de bază în terapia de familie. (Kantor şi Lehr, 1975).

Printre cele mai *recente* abordări experienţiale ale terapiei de familie se află **terapia de cuplu focalizată emoţională** (emotion-focused couples therapy), introdusă de **Leslie Greenberg** şi **Susan Johnson** şi fundamentată pe principiile lui Fritz Pearls, Virginia Satir şi Grupul MRI (Greenberg şi Johnson, 1985, 1986, 1988).

În ceea ce ne priveşte, noi înşine am preluat şi îmbogăţit o serie de tehnici şi metode din cadrul acestei orientări în lucrul terapeutic cu copii şi familii, validându-le efectele pozitive (în cadrul Centrului de Dezvoltare Personală, Consiliere şi Psihoterapie Experienţială din Bucureşti, vezi Revista de Psihoterapie Experienţială, Nr. 1 – 13, 1997 - 2001).

Toţi aceşti autori au drept caracteristici în terapia de familie: *spontaneitatea, creativitatea şi asumarea riscului.* În timp ce îşi împărtăşesc libertatea, individualitatea şi împlinirea personală, experienţialiştii sunt mai curând practici, decât teoretici (relativ ateoretici). Scopul utilizării diversităţii tehnice este să „deschidă" individualităţile propriilor experienţe şi să „dezgheţe" interacţiunile lor familiale.

Căpătând o mare popularitate în anii '60, abordările experienţiale au fost treptat înlocuite de noi dezvoltări – terapiile orientate sistematic. Altădată, exprimarea sentimentelor ocupa un loc central în terapiile psihologice. Astăzi, locul principal este deţinut de comportament şi cogniţie. Psihoterapeuţii au descoperit că oamenii mai ales gândesc şi acţionează. Aceasta nu înseamnă însă că trebuie să ignorăm **experienţa emoţională,** care este un concept de bază în terapia de familie experienţială.

Scopurile terapiei experienţiale de familie

Scopul declarat al terapiei experienţiale de familie este *creşterea* şi nu stabilitatea.

Eliberarea de simptome, adaptarea socială şi munca sunt considerate importante, dar secundare în raport cu *creşterea integrităţii personale* (congruenţa între experienţa interioară şi comportamentul exterior), *o mai mare libertate de opţiune, mai puţină dependenţă* şi o mai mare *extindere a experienţei* (Malone, Whitaker, Warkentin şi Felder, 1961).

Simptomele dureroase cu care se prezintă familia în terapie sunt doar „bilete" de intrare în terapie; problema reală este sterilitatea emoţională (Whitaker şi Keith, 1981).

Obiectivul terapiei este ca membrii familiei (fiecare în parte) *să devină sensibili la nevoile şi sentimentele lor şi să le împărtăşească în cadrul familiei.* În acest mod, unitatea familială se poate baza pe o interacţiune *vie şi autentică,* mai degrabă decât pe represiune şi autonegaţie.

Există două **orientări metodologice** în terapia experienţială de familie:

- tendinţa dominantă de concentrare şi orientare **asupra indivizilor şi experienţei lor trăite în familie** (în contactele interpersonale), mai mult decât asupra organizării familiale. Kempler (1981) consideră în acest sens că responsabilitatea principală a terapeutului este „faţă de oameni, faţă de fiecare individ în cadrul unei familii, şi doar secundar faţă de organizaţia numită familie" (p. 27).
- orientarea dominantă **asupra sistemului familial,** mai mult decât asupra indivizilor. „Creşterea" – ca scop terapeutic

– se referă aici la „câştigul" interacţional al sistemului familial, la evoluţia întregii familii ca organizaţie. Această tendinţă apare în terapia lui C. Whitaker, D. Keith şi G. Napier.

Ceea ce au în comun terapeuţii experienţiali de familie cu alţi terapeuţi de tradiţie existenţial-umanistă este credinţa că drumul spre sănătatea emoţională este acela al dezvăluirii şi descoperirii unor *niveluri tot mai profunde de experienţă* - potenţialul de autoîmplinire zăvorât înlăuntrul tuturor. Numai ceea ce se află înlăuntrul nostru contează.

Scopurile terapiei de familie enunţate de Virginia Satir includ 3 schimbări în sistemul familiei (1972, p. 120):

1. *Fiecare membru al familiei să devină în stare de a relata congruent, complet şi onest ceea ce vede şi aude, simte şi gândeşte despre el însuşi şi ceilalţi, în prezenţa celorlalţi. Cu alte cuvinte, fiecare trebuie să fie el însuşi în prezenţa şi la adresa celorlalţi;*
2. *Fiecare persoană din familie trebuie să i se adreseze şi să se raporteze la ea în termenii unicităţii sale, aşa încât deciziile să se poată lua mai curând prin explorare şi negociere, decât în termeni de putere;*
3. *E necesar ca diferenţele între persoane să fie conştientizate în familie şi folosite pentru creştere.*

Când metodele experienţiale se aplică orientat spre *familie ca sistem* şi nu spre indivizi asamblaţi întâmplător într-un *grup familial, scopul creşterii individuale fuzionează cu scopul realizării unei puternice coeziuni (unităţi) familiale.*

Practica lui Carl Whitaker întruchipează într-o manieră inedită acest scop dual. Potrivit concepţiei lui, creşterea personală

necesită integrarea familială şi viceversa.

Simţul apartenenţei la familie şi libertatea individuală se intercondiţionează, „merg mână în mână". Astfel, adeseori este necesar să se realizeze o mai mare apropiere între părinţi din punct de vedere emoţional, pentru a facilita plecarea copiilor de acasă („desprinderea de cuib"), întrucât mulţi copii nu o pot face dacă nu simt că părinţii lor pot fi fericiţi şi fără ei. Dobândirea autonomiei personale presupune, aşadar, satisfacerea nevoii de apartenenţă, unitate şi echilibru emoţional, familial.

Pe lângă scopul general al creşterii *creativităţii* familiei şi a fiecărui membru al său, terapeuţii experienţiali încearcă, de asemenea, să ajute fiecare familie să-şi *rezolve propriile probleme particulare*, „lucrând" asupra acestora. Dar această „muncă" este realizată cu o minimă conceptualizare sistematică ori planificare (anticipare). De fapt, multe dintre scopuri pot fi inconştiente în timpul terapiei şi pot fi conştientizate numai printr-o retrospectivă (Napier, 1977).

Terapia experienţială include elemente **raţionale şi non-raţionale.** Primele sunt necesare pentru a promova *conştientizarea şi înţelegerea*, celelalte pentru a creşte *spontaneitatea şi sinceritatea.*

Experimentarea conştientă a potenţialurilor interne (aspecte, fantezii, impulsuri) îi privează pe oameni de influenţele lor patogene şi le eliberează forţa de viaţă. Rezultatul acestei creşteri a *conştientizării* este o *reintegrare a părţilor reprimate sau deposedate ale sinelui.*

Cei mai mulţi experienţialişti accentuează *latura afectivă* a naturii umane:

- *creativitatea;*
- *spontaneitatea;*
- *abilitatea de a se juca.*

Whitaker proclamă „nebuniile, nonraţionalul, experimentarea creativă şi funcţionalitatea" drept adevăratul scop al terapiei. Dacă vom deveni cu noi înşine, pentru noi înşine mai jucăuşi, mai „trăsniţi", crede el, familiile se vor deschide spre emoţionalitate, spontaneitate, căldură, culegând roadele acestora.

Whitaker pune accentul pe *valoarea experienţei*, „de dragul ei însăşi", întreaga terapie fiind un proces de *extindere* a experienţei, care conduce, în concepţia lui, către *creştere*. Noua experienţă trăită de familie în timpul terapiei se consideră că rupe confluenţele subterane, distruge expectaţiile rigide şi deblochează conştientizarea - toate acestea favorizând *individuaţia* (Kaplan şi Kaplan, 1978).

Alţi autori îşi propun ca scopuri terapeutice creşterea simţului *competenţei, a stării de bine şi autoaprecierii* (F. şi B. Duhl, 1981). Preluând ideea Virginiei Satir conform căreia principalele probleme şi cauze ale nefericirii tuturor familiilor sunt subaprecierea de sine şi comunicarea distructivă, ei consideră drept cheia terapiei promovarea unui comportament *flexibil*, ca urmare a creşterii conştiinţei de sine şi de ceilalţi. Extinderea experienţei de auto şi interconştientizare poate astfel să *limiteze* şi să *înlocuiască* obişnuinţele şi automatismele *stereotipe* cu comportamente *modificate, creative*. Deoarece acestea au consecinţe directe în viaţa de familie, Duhl *defineşte scopurile* terapiei în *colaborare cu pacienţii*.

Cei mai mulţi terapeuţi ai familiei susţin că o sensibilitate sporită şi o mai bună maturizare a indivizilor servesc scopul mai general al terapiei de familie - *intensificarea funcţionalităţii familiei*.

Astfel, maturizarea individuală este relaţionată explicit cu maturizarea familială. Unii terapeuţi se axează mai mult pe maturizarea relaţiilor, acţionând implicit la nivelul familiei ca sistem, alţii se situează pe poziţii simetrice, ocupându-se mai curând de indivizi pentru a promova schimbări în sistem.

Duhl (1981) considera că „noua şi reînnoita integrare" sunt experimentate în cadrul şi între membrii familiei - ca scopuri reciproc stimulative în tratament.

Se presupune că familiile ajung în tratament pentru că sunt incapabile să fie deschise, şi de aceea incapabile de individuaţie (Whitaker, 1976). Ajutându-i pe membrii familiei să-şi recapete propriul lor potenţial de experimentare, se crede că ei sunt ajutaţi să-şi recâştige capacitatea de a se îngriji unul de celălalt.

Tehnici şi modalităţi de lucru ale terapiei experienţiale

Clinicienii experienţiali folosesc tehnici educative şi forţa propriei lor personalităţi de a crea întâlniri terapeutice, regresie şi deconspirarea intimităţii. *Vitalitatea întâlnirii* este altceva. Această putere deplină a experienţei personale este considerată de ajutor în stabilirea unei relaţii de atenţie şi sprijin de la om la om între şi pentru toţi membrii familiei. August Napier (1978) consideră că riscurile de a fi în familie atât „separaţi, divergenţi şi furioşi", cât şi „mai închişi" şi mai intimi sunt provocatoare de *schimbare*. În terapia de familie experienţială, *exprimarea sentimentelor* şi a experienţei intime sunt cruciale, anxietatea este stimulată şi trăită. Aceasta pentru că s-a observat că exprimarea furiei şi a supărării este întotdeauna urmată de o mai mare intimitate şi căldură, spre deosebire de cazul în care acestea sunt reprimate. Reprimarea lor îi împiedică pe oameni să-şi dezvolte iubirea unii faţă de alţii. Terapeuţii experienţiali sunt, alternativ, *provocativi şi calzi-supor-*

tivi. În acest mod, ei ajută familiile să îndrăznească să-şi *asume riscul* de a fi mai anxioşi, cel puţin temporar. Aceasta le permite să dezvolte pattern-uri protective, defensive şi să se deschidă în mod real unii faţă de alţii.

Întâlnirea existenţială este considerată drept *forţa esenţială* în procesul psihoterapeutic (Kempler, 1973, Whitaker, 1976). Această întâlnire se cuvine să fie reciprocă - terapeutul trebuie să fie o persoană genuină, care *catalizează schimbarea,* folosindu-se de impactul său personal asupra familiei.

Pentru V. Satir, *demonstrarea grijii şi acceptării a fost cheia ajutorarii persoanelor,* dincolo de frică, deschizându-i faţă de propria lor experienţă şi unii faţă de alţii. Astfel, terapeuţii experienţiali încearcă să ajute familia, să-i înţeleagă mai profound experienţele personale, dorinţele şi fricile. Ei sunt pionierii *tehnicilor comunicării spontane a sentimentelor depline* (anxietate, furie, supărare, plictiseală, bucurie etc.). Aceşti terapeuţi (în special Whitaker şi colaboratorii săi de la Atlanta Psychiatric Clinic) adesea se manifestă în terapie impulsivi, adorm sau îşi mărturisesc visele. Kempler susţine că „a-ţi exprima deplin întreaga personalitate ca terapeut în actul terapeutic creează acea atmosferă încurajatoare pentru ca toţi membrii familiei să-şi exprime cât mai deplin sau total personalităţile". Printr-o *extremă autodezvăluire* sunt provocate stări de maximă deschidere familiilor. Cu timpul, Kempler devine mai curând autoindulgent decât provocativ. De exemplu, el spune: *„Dacă terapeutului i se face foame, de el, ar putea spune: Mi-e foame. Sper că pot face asta până la prânz".* (Kempler, 1973, p. 37).

Prin credinţa sa de a fi *„o persoană reală",* deschisă, onestă şi spontană, terapeutul îi învaţă pe membrii familiei să fie la fel. Aceasta presupune că *terapeutul experienţial* îşi asumă rolul de *model,* nu numai sănătos şi matur, dar şi de persoană ale cărei instincte sunt demne de încredere în sine, ca barometru valid în raport cu care membrii familiei se pot evalua pe ei înşişi.

Potrivit lui W. Kempler (1968), în terapia de familie experienţială *„nu există tehnici, ci doar persoane"* (cazuri individuale). Această formulă sintetizează clar accentul pe care experienţialiştii îl pun pe *puterea creativă a personalităţii terapeutului.* Nu contează atât de mult ceea *ce fac* terapeuţii, cât şi ceea *ce sunt ei,* ce reprezintă ei. Dacă terapeutul este rigid şi sever, tratamentul pare să fie prea glacial şi profesional pentru a putea genera *climatul emoţional intens,* absolut necesar în maturizarea emoţională. Pe de altă parte, dacă terapeutul este o persoană vitală, conştientă şi sensibilă, el (ori ea) va fi capabil(ă) să trezească aceste potenţialităţi în familie. Carl Whitaker îmbrăţişează şi el această poziţie, fiind el însuşi exemplul paradigmatic al *terapeutului spontan şi creativ.* Cu alte cuvinte, terapeuţii care doresc să stimuleze deschidere şi autenticitate în comportamentul pacienţilor trebuie să fie ei înşişi deschişi şi autentici. Totuşi, terapeuţii, oricine ar fi ei, trebuie să *facă ceva.* Şi, chiar dacă ceea ce fac nu este întotdeauna structurat la un înalt nivel sau planificat cu grijă, poate fi cu toate acestea deschis.

În realitate, terapeuţii experienţialişti tind să facă o mulţime de lucruri, sunt foarte *activi,* iar unii folosesc un *număr mare de tehnici bine structurate* (inclusiv Kempler).

După modul în care utilizează tehnicile, terapeuţii experienţialişti se grupează în *două:*

1. **Tehnici structurate.** Terapeuţii angajează familia în *activităţi bine structurate ca: sculptura de familie şi coregrafia* (dans) cu scop de stimulare a intensităţii trăirilor afective pe parcursul şedinţelor terapeutice. Se utilizează, de ase-

menea, tehnici împrumutate din *dramaterapie și artterapie* (desenul familiei, modelaj etc.). Ședințele se structurează în acest caz pe una sau două tehnici de bază, care antrenează familia într-o activitate comună ce prilejuiește deblocarea afectivității, spontaneității și comunicării autentice. Membrii familiei sunt activ ghidați de terapeut în a-și conștientiza propriile trăiri, imaginile de sine și percepțiile reciproce, gândurile și atitudinile nemărturisite pe care le au unii față de alții. Sunt utilizate și o serie de exerciții de comunicare în scopul clarificării sentimentelor proprii, îndepărtării persoanelor de la lamentații în legătură cu trecutul, prin experimentarea verbală și nonverbală „aici și acum" a găsirii de soluții chiar de către membrii familiei. Virginia Satir a excelat în crearea de astfel de *exerciții de comunicare* și expresie clarificatoare, fiind ea însăși un terapeut cu o abilitate deosebită de comunicare clară, spontaneitate și autodezvăluire personală. Ea a avut o personalitate viguroasă, dinamică și iubitoare, angajându-și clienții de la prima ședință în mod autoritar, dar suportiv, sprijinind fiecare membru al familiei în a-și crește *autoaprecierea, autorespectul și capacitatea de a-și evidenția intențiile pozitive.* Astfel, *conotațiile pozitive* în comunicare au devenit un indicator strategic, cu mult timp înainte de a se fi dezvoltat orientarea strategică în terapia de familie. Virginia Satir a demonstrat prin terapia sa cum pot fi „încălziți", înduioșați și cum pot deveni mult mai afectivi membrii familiei unii cu ceilalți.

2. **Tehnici nestructurate.** Se practică sub forma ședințelor nestructurate, nonstrategice în mod deliberat, insistând pe

ideea de *a fi* cu familia, mai mult decât pe a face ceva împreună. Acești terapeuți, printre care Carl Whitaker, se bazează pe spontaneitatea și creativitatea de a fi pur și simplu *ei înșiși* în prezența și cu familiile tratate. La baza acestui model terapeutic se află convingerea împărtășită că terapia ar trebui să fie o experiență intensă, emoțională, „aici și acum". Implicarea emoțională intensă activează puternic reacții de transfer. *Personalitatea terapeutului* și relația de coterapie (recomandată de această orientare) sunt factorii care pot minimaliza potențialul distructiv al unor relații de transfer. Rolul coterapeutului este de a observa reacțiile și sentimentele terapeutului față de pacienți (transferul emoțional) și a le discuta cu acesta după ședință. Pentru a preveni reacțiile de transfer, Whitaker recomandă menținerea unei priviri de ansamblu asupra întregii familii, privită ca un *tot unitar.* Împărtășirea deschisă și liberă a sentimentelor și conlucrarea permanentă cu un terapeut sunt caracteristici de bază în terapia experiențială nestructurată. Stilul lui Whitaker a fost deliberat excentric și provocator (ațipea în timpul ședințelor, se lupta cu pacienții, vorbea despre fantasmele sale sexuale, iar când copiii erau prezenți era alternativ când model parental, când juca el însuși rolul de copil, implicându-i pe aceștia într-o manieră iubitoare și disciplinându-i cu fermitate și forță). Stilul său de lucru era același în lucrul cu indivizii, cu cuplurile sau cu grupurile, favorizând *întâlnirea personală și intimă,* dincolo de teorii și tehnici trasate riguros. Pentru Whitaker, *adecvarea personală a terapeutului, abilitatea de a fi iubitor, grijuliu, fermitatea și abilitatea de a fi imprevizibil sunt*

căi de schimbare cu mult mai importante decât tehnicile terapeutice. El crede că experienţa, înţelepciunea şi creativitatea terapeutului îi vor ghida intenţiile mult mai bine decât orice plan preconceput sau structurat. Terapeuţii experienţialişti nu au nevoie de o cale, pentru că ei sunt *calea*. Ei stimulează prin chiar modelul lor de a fi experienţele emoţionale şi interacţiunea, ajutând familiile să devină mult mai reale, directe şi vitale prin modelarea comportamentului după propriul lor comportament.

Mulţi dintre ei sunt foarte *provocatori*. Whitaker, de exemplu (A. Napier şi C. Whitaker, 1978), într-o şedinţă întreabă fiica-adolescentă dacă ea s-a gândit vreodată că părinţii săi ar fi avut o bună viaţă sexuală.

Kempler concepe terapeutul ca pe un *catalizator* şi un participant activ la interacţiunile familiale. În calitate de *catalizator*, el face *sugestii* şi dă *directive*. Directivele tipice include:

- *Membrii familiei să se privească unul pe altul;*
- *Să vorbească mai tare (cu voce pătrunzătoare);*
- *Să repete anumite stări;*
- *Să refrazeze remarcile cu mai multă participare emoţională;*
- *Să folosească sintagma „Eu" în exprimarea stărilor, gândurilor, opiniilor.*

Kempler consideră că terapeuţii trebuie să-şi limiteze impulsul de a presiona, de a instiga, de a forţa pacienţii. Ei pot fi spontani, dar nu impulsivi. Majoritatea experienţialiştilor sunt de acord că un terapeut foarte cald şi suportiv scade riscul de a fi prezent şi provocativ. Echilibrul între căldură şi exercitarea puterii trebuie păstrat. A încerca să acţionezi provocativ în maniera lui Whitaker, dar în absenţa căldurii şi puterii lui de control, poate conduce la eşec.

Fie că sunt dominant provocativi, fie dominant suportivi, terapeuţii experienţiali de familie sunt de obicei temperat *activi şi directivi*. Ei se adresează frecvent membrilor familiei cu: *„Spune-i (lui sau ei) ce simţi tu!"* sau adresează întrebarea: *„Ce simţi tu acum?"*

Ei observă semnalele *nonverbale* ale trăirilor, sentimentelor exprimate şi neexprimate, notează câte interacţiuni au loc, ce persoane sunt mobile sau rigide şi se străduiesc să identifice reacţiile emoţionale reprimate, ascunse. O tehnică folosită frecvent este **focalizarea** cu scop de *conştientizare* (Kaplan şi Kaplan, 1978), prin direcţionarea atenţiei persoanei către ceea ce experimentează într-un anumit moment, inducerea stopării (opririi) gândurilor despre emoţiile trăite şi provocarea revelaţiei (insight-ului) asupra „materialului" de conştientizat. Când membrii familiei par să fie blocaţi sau defazaţi, terapeutul *focalizează* dialogul pe ceea ce pare a fi cel mai energizant pentru *deblocare*, ca în exemplul următor:

Terapeutul: Văd că te uiţi la tata ori de câte ori o întrebi pe mama ceva. De ce?

Ionuţ: Nu ştiu.

Terapeutul: Trebuie să însemne ceva. Hai, spune, ce simţi?

Ionuţ: Nimic.

Terapeutul: Trebuie să însemne ceva. Ce anume?

Ionuţ: Ei, uneori când mama mă lasă să fac ceva, tata, pur şi simplu, îşi iese din fire. Dar în loc să ţipe la ea, ţipă la mine.

Terapeutul: Spune-i tatălui tău asta.

Ionuţ (furios la adresa terapeutului): Lasă-mă în pace!

Terapeutul: Nu, este foarte important. Încearcă să-i spui tăticului tău ce simţi.

Ionuţ (suspinând): Întotdeauna stai cu gura pe mine. Nu mă laşi să fac nimic.

Tehnici expresive integrate în terapia experienţială de familie

Terapeuţii experienţiali utilizează un mare număr de tehnici, alegându-le şi integrându-le în terapie astfel încât să corespundă scopului de schimbare a interacţiunilor în sistemul familial, potrivit necesităţilor tuturor membrilor.

Cele mai frecvente tehnici utilizate sunt:

- **Sculptura familială** (B. şi F. Duhl, D. Kantor, 1973, Virginia Satir şi Baldwin, 1983);
- **Interviul cu păpuşile familiale** (Irwin şi Mallory, 1975);
- **Artterapia familială** (Geddes şi Medway, 1977);
- **Desenul familiei conjugale** (Bing, 1970);
- **Tehnicile gestalt-terapeutice** (Kempler, 1973).

Terapeuţii experienţiali utilizează o serie de accesorii necesare (jucării, căsuţe pentru păpuşi, cretă, vopsele şi hârtie etc.), pe care nu le limitează doar la terapia prin joc cu copiii, ci le integrează ca suport în diferite jocuri şi exerciţii experienţiale cu toată familia.

a) **Sculptura familială** (Family sculpture) este o tehnică concepută de David Kantor şi Fred Duhl, prin care terapeutul solicită tuturor membrilor familiei să se aşeze într-un grup statuar cu sens. Fiecărui membru i se cere să-i aşeze pe ceilalţi într-un tablou semnificativ. Această sarcină portretizează, în termeni de spaţiu, postura şi atitudine, percepţiile fiecărei persoane despre familie, redate prin sensul grafic (sculptural). Procedeul permite o

conştientizare puternică a ceea ce sunt membrii familiei unii faţă de alţii. Virginia Satir a utilizat această tehnică pentru a *dramatiza constrângerile rolurilor familiale,* adevărate „capcane" psihologice redate postural printr-o gamă de exerciţii din seria „family sculpture". Ea demonstrează şi conştientizează membrilor familiei diferite tipuri de relaţii care există sau pot exista între ei, cu avantajele şi dezavantajele lor (V.H. Lewis, H.S. Streitfeld, 1972, p. 250 -256). Utilizând această „sculptură" a vieţii de familie, Virginia Satir creează *reprezentări tridimensionale asupra raporturilor dintre soţi, părinţi şi copii.*

Adesea, participanţii la joc răspund *ca şi cum* aceste roluri simbolice ar fi reale. Astfel, portretul „fizic" (postural-atitudinal) poate lua locul celui „emoţional", sau prilejuieşte experimentarea trăirilor emoţionale resimţite de membrii grupului sculptural unii faţă de alţii.

Prezentăm în continuare *modelul tehnic terapeutic* utilizat în gama de exerciţii maritale şi familiale concepute de Virginia Satir.

Instructaj – ghid al terapeutului:

Citiţi următoarea listă de fraze. Alegeţi una care ar putea descrie cel mai bine mariajul dumneavoastră. Încercaţi să adoptaţi împreună cu partenerul dumneavoastră o poziţie fizică, ce concordă cu afirmaţia aleasă (care să reflecte sensul acestei afirmaţii). Dacă poziţia fizică adoptată reflectă natura relaţiei dumneavoastră, o veţi simţi, probabil, familiară. Încercaţi, de asemenea, şi o altă poziţie (o nouă „sculptură"). Exploraţi-vă senzaţiile proprioceptive în fiecare experiment. Discutaţi:

- *Cum și ce simțiți despre voi înșivă?*
- *Cum și ce simțiți față de partenerul(a) dumneavoastră?*
- *Ce puteți face în fiecare poziție acum și aici?*
- *Ce nu puteți face?*
- *Ce simțiți nevoia să faceți sau ce simțiți ca și cum ați face ceea ce ați avea nevoie?*

Exerciții – suport pentru „sculptura familială"

1. Poziția „Facem față lumii împreună"

Stați **spate în spate**, *cu brațele înlănțuite. Pretindeți că sunteți bucuroși și vioi. Puteți privi fiecare în jur, înfruntând lumea. Dacă unul dintre voi dorește să înconjoare camera, faceți-o fără să vă dați drumul la mâini. Spuneți dacă puteți face și altceva în afara drumului pe care îl străbateți împreună, în această poziție? Dacă unul dintre voi vrea să se așeze și să citească o carte în timp ce celălalt străbate drumul respectiv, o poate face? Vă puteți simți protejat, dar, de asemenea, înlănțuit, cramponat... Analizați tot ce simțiți în legătură cu această poziție...*

Exercițiu suplimentar: *Ce se întâmplă când copiii se adaugă „sculpturii familiale"? Virginia Satir alege 6 voluntari (2 soți, doi bărbați și două femei care să joace rolul copiilor). Soții sunt așezați în poziția „spate în spate înlănțuiți".*

Primul copil vine și se așează între picioarele părinților săi, făcându-și loc propriu. El încearcă să se sprijine de unul dintre părinți pentru a sta cât mai confortabil (de exemplu, tata). Cu cât se sprijină mai mult de acesta, cu atât „statuia" maritală se clatină

mai mult, se dezechilibrează (totul este puțin balansat). Virginia Satir a observat că pacienții care manifestau acest dezechilibru comentau frecvent, anterior exercițiului: *„După ce mi s-a născut primul copil, totul a început să se clatine..."*

Al doilea copil se adaugă grupului. Pentru a stabiliza grupul familial, el îl va sprijini pe tată din exterior, situându-se în fața acestuia și sprijinindu-l cu mâinile pentru a se reechilibra. În acest caz, presiunea asupra mamei crește.

Apare al treilea copil, care vine să susțină poziția mamei, prevenind dezechilibrul acesteia și, prin ea, al întregului grup. El înconjoară cu mâinile talia mamei. Tatăl se simte tras pe spate. Sosește al patrulea copil, care îl ajută să se restabilească pe picioare. Datorită suportului copiilor, părinții sunt acum într-o poziție stabilă.

Întregul aranjament a fost perceput de familie ca incredibil de *inconfortabil*. Al treilea născut (înlănțuit cu brațele de mama) poate fi considerat copilul mamei. El nu comunică direct decât cu ea, după cum al doilea născut nu comunică direct decât cu tatăl. Dacă mama se întoarce către ceilalți, are o viziune incompletă asupra lor, la fel tatăl pe care îl sprijină. Mama spune: *„Am avut o mică problemă respiratorie, m-am simțit prinsă"* (anxietate cauzată pe de o parte de relația prea strânsă cu copilul al treilea, iar pe de alta parte de absența contactului afectiv cu ceilalți). Copilul de la bază (primul născut) afirmă: *„Mi-e frică să mă mișc pentru că s-ar putea dărâma totul"*. Într-adevăr, prinși într-o poziție cu un suport precar, nici unul nu se poate mișca pentru că astfel se produce „colapsul" întregii familii. Tatăl afirmă: *„Simt că sunt răsucit, sunt întors pe dos, spatele mă doare și mă clatin"*. Al patrulea copil se simte neinclus, pe dinafară, își caută mereu locul. Primul copil se târăște ușor în direcția din fața sa, apoi se ridică pe propriile-i picioare.

Familia nu se dărâmă, dar el spune: *„Nu mai vreau să mă întorc acolo! Mi-ajunge cât am stat ghemuit"*. Treptat, familia se desface până când fiecare ajunge să stea pe picioarele sale, fără a se mai sprijini pe nimeni altcineva. Dar efortul posturii forţate se resimte. Fiecare respiră acum, în sfârşit, mai uşor. Soţia dă drumul mâinilor soţului. *„Probabil că el va fi tot acolo când mă întorc"*, îşi spune ea, şi face câţiva paşi pentru a-şi vizita copiii plecaţi. Ei se îmbrăţişează. În final, soţul se simte eliberat, îşi întinde spatele şi picioarele, pentru a respira cât mai adânc, şi li se alătură.

Metafora posturală i-a ajutat să-şi înţeleagă mai bine poziţiile relaţionale şi emoţionale, deficienţele de comunicare şi intercondiţionările care le-au impus limitării. Ei singuri şi-au modificat poziţia pentru a se regăsi într-o postură mai confortabilă, mai liberă, mai matură. În mod spontan, familia a acţionat pentru a-şi dobândi siguranţa, liniştea şi plăcerea.

2. Poziţia „stăpân-sclav"

Se practică pentru conştientizarea raporturilor dominare-submisie în relaţia maritală. Soţia stă pe un scaun, dar având un picior sprijinit pe spinarea soţului care se află la sol, „în patru labe". Ei experimentează poziţia, se autoobservă şi apoi schimbă rolurile. Interesant este faptul că dacă soţul supus încearcă să se târască „în patru labe" imediat efectul este dezechilibrarea celui dominator, care poate „pica" de pe scaun. De asemenea, ei conştientizează cât de puţin se văd (se percep) unul pe celălalt (mai ales cel de jos, care pentru a-şi vedea parţial stăpânul trebuie să-şi răsucească gâtul într-un mod foarte incomod. Virginia Satir comentează în cadrul acestui exerciţiu: *„Sunt sigură că aţi observat că nimeni nu l-a forţat pe sclav să se aşeze în acea poziţie, ci că s-a aşezat el însuşi"*. Adesea, bărbatul -sclav va spune: *„Ea m-a pus aici..."*. *„Cum?"* – întreabă terapeutul, ceea ce prilejuieşte exprimarea

sentimentelor şi conştientizarea relaţiei.

Un tată care face pe sclavul în sculptură decide că nu poate duce greutatea soţiei şi a copiilor în spinare şi se târăşte, îndepărtându-i unul câte unul. Exerciţiul prilejuieşte comunicarea autentică şi înţelegerea raporturilor şi sentimentelor nemărturisite.

3. Poziţia „Tu şi numai tu"

Stând faţă în faţă, cu braţele înlănţuite (*„Ce mai contează lumea din afară"*), este o poziţie-metaforă pentru conştientizarea relaţiei excesiv de posesive, cu distanţa emoţională absentă. Relaţia creează experimentarea limitelor autonomiei personale. La întrebarea *„Ce vrei să faci pe cont propriu?"* se produc insight-uri semnificative privind dependenţa sau presiunea psihologică („sufocant"). Un răspuns tipic din partea partenerului înlănţuit este: *„Mă simt împins în afară"*.

4. Poziţia „În cârca dragonului"

Soţul stă în picioare, drept. Soţia agăţată în spatele lui, cu braţele înconjurându-i gâtul şi pieptul. Ce se întâmplă dacă soţul vrea să traverseze camera? La început, el poate să se simtă destul de puternic, mândru şi „bărbat", dar după 5 minute?! Soţia este şi ea întrebată ce simte în timp ce este transportată. La început plăcere, apoi...?! Dacă ea doreşte să schimbe direcţia este posibil fără să schimbe poziţia în care se află? „Acum schimbaţi locurile. Ce simţiţi în acest experiment?"

5. Poziţia „Ne sprijinim unul pe altul"

„Stând faţă în faţă, la distanţă de un băţ, sprijiniţi-vă palmele reciproc. Acum unul dintre voi se mişcă din ce în ce mai tare... Celălalt aproape că va cădea în faţă". Analiza se practică în acelaşi mod. Se vor mişca fiecare, pe rând, şi vor analiza efectele.

6. Poziţia „Pe un piedestal"

Soţul este aşezat pe un scaun, iar soţia la picioarele lui, pe podea. Îşi explorează amândoi sentimentele şi apoi îşi schimbă rolurile.

O soţie afirmă următoarele: *„Nu putem realiza un contact ochi în ochi. Cu mult înainte am resimţit faptul că el era deasupra tuturor..."*

7. Poziţia „oscilaţie liberă"

„Stând faţă în faţă, apropiaţi-vă atât cât să vă fie bine. Ce simţiţi? Mişcaţi-vă liber în sens „du-te vino". Atingeţi-vă unul pe altul. Duceţi-vă fiecare pe drumul lui şi întoarceţi-vă. Căsătoria voastră poate atinge acest ideal?!

Comparaţi-vă sentimentele experimentând diverse poziţii. Dacă una dintre ele este modelul căsătoriei dumneavoastră, vă puteţi simţi fie mai bine, fie mai anxioşi. Dacă obişnuiţi să fiţi puternic dependenţi de partener, vă poate face să-l vedeţi într-un mod nonconfortabil, capabil să vă părăsească şi apoi să se întoarcă. Dacă unul dintre voi a fost întotdeauna pe piedestal, veţi găsi că este nepotrivit să vă situaţi la acelaşi nivel amândoi. În felul acesta puteţi afla natura reală a relaţiei dintre voi.

Sculptura familială, coregrafia sau spaţializarea sunt folosite, de asemenea, de Jefferson (1978) pentru a clarifica anumite „scene" ce provin din trecut. Instructajul tipic este: *„Aminteşte-ţi de tine cum stăteai în faţa casei tale din copilărie. Lasă-te în această imagine, mergi şi descrie ce se întâmplă".* Cu această tehnică, se încearcă prin „sculptură" şi „coregrafie" (mişcare) să se portretizeze percepţiile subiectului asupra vieţii lui de familie din copilărie. Este foarte utilă în ascuţirea sensibilităţii şi poate aduce foarte multe informaţii terapeutului. Este mult mai util dacă se sugerează anumite schimbări, care să fie traduse în acţiuni. *„Îţi place cum stai, ce faci? Dacă nu, schimbă poziţia aşa cum vrei tu ca să-ţi fie bine. Şi dacă te preocupă asta în mod real, fă ceva referitor la ea şi între şedinţele terapeutice. Vezi poziţia corporală ca un indicator tipic al reacţiilor emoţionale la anumite evenimente ale vieţii de familie".*

— **Artterapia familială** este o altă tehnică structurată prin exerciţiu expresiv.

Kwiatkowska (1967) instruieşte familiile să *deseneze* o serie de *secvenţe* ordonate, incluzând „bucăţile de viaţă familială" pe care fiecare persoană să le facă, urmând să le includă într-un *desen unificat* al familiei (pictura familiei sau tabloul familial).

Bing (1970) solicită familia să se deseneze pe sine, iar Rubin şi Magnussen (1974) îi cere ca din bucăţile de ceramică să construiască un portret bi sau tridimensional al familiei. Elisabeth Bing descrie tehnica desenului conjugal ca o modalitate de stimulare a căldurii şi a exprimării libere a sinelui. Instructajul de bază este: *„Desenează un tablou reprezentându-vă pe voi ca familie (aşa cum vă vedeţi voi pe voi ca familie)".* Rezultatul desenului poate dezvălui percepţii care nu erau prevăzute a fi discutate sau poate stimula persoana să înţeleagă ceva prin intermediul desenului, ceva la care nu se gândise până atunci niciodată, ca în exemplele următoare:

Un tată a desenat un tablou al familiei sale în care el apărea stând deoparte, în timp ce soţia şi copiii, cu braţele încrucişate, şedeau în picioare. Deşi această poziţie era bine cunoscută soţiei sale şi lui însuşi, ei nu vorbiseră niciodată deschis despre semnificaţia ei. Îndată ce a produs „tabloul" şi l-a arătat terapeutului nu a mai existat nici un fel de manevră de evitare.

Când terapeutul i-a rugat pe membrii unei familii să deseneze familia, o adolescentă (fiica) s-a dovedit cam nesigură cu privire

la cum ar fi trebuit să procedeze. Nu se gândise niciodată prea mult la familia ei sau la rolul pe care îl avea ea în această familie. Pe măsură ce lucra, desenul ei părea să iasă din ce în ce mai mult la lumină. După ce a terminat, a fost oarecum surprinsă să descopere că ea se desenase pe sine mai aproape de tatăl şi de surorile ei decât de mamă. Acest lucru a provocat o discuţie aprinsă între ea şi mama sa cu privire la relaţia lor. Deşi cele două îşi petrecuseră mult timp împreună, fiica nu se simţea apropiată de mamă, deoarece avea sentimentul că este tratată de aceasta ca „un copil", nevorbindu-i despre preocupările ei şi manifestând doar un interes superficial pentru viaţa fiicei sale. Pe de altă parte, mama a fost surprinsă, dar nu total indispusă, aflând că fiica ei dorea să stabilească o relaţie bazată mai mult pe egalitate cu ea.

(apud. M. Nichols, R. Schwartz, 1991, p. 301).

O altă tehnică menită să crească expresivitatea este desenul simbolic al spaţiului vieţii de familie (Geddes şi Medway, 1977). Mai întâi terapeutul desenează un cerc mare. El cere familiei să deseneze în interior numai ceea ce reprezintă interiorul familiei, alte persoane sau instituţii urmând să fie plasate în desen în afara cercului. Fiecare membru al familiei trebuie să se reprezinte printr-un cerculeţ în interiorul cercului familial, în locul pe care îl consideră semnificativ pentru poziţia sa în raport cu ceilalţi. Terapeutul comentează apoi percepţiile aparente ale membrilor familiei, ca de ex.: *„Oh, tu te simţi în afara tuturor celorlalţi"*, sau *„Se pare că sora ta este mult mai deschisă faţă de părinţi decât apari tu aici"*.

Tehnici bazate pe joc de rol şi dramaterapie

• **Interviul cu păpuşile familiale** este o tehnică introdusă de Irwin şi Malloy (1975), care constă în solicitarea unuia dintre membrii familiei de a pune în scenă o *poveste* utilizând păpuşile. Această tehnică, folosită iniţial în terapia prin joc cu copiii mici, s-a presupus a fi un vehicul pentru exprimarea şi iluminarea puternică a *conflictelor* şi *alianţelor*. Totuşi, tehnica se limitează la lucrul cu copiii, pentru că mulţi adulţi se dovedesc rezistenţi în a „regresa" la nivelul acestora şi a se exprima în acest mod.

• **Jocul de rol** este o altă tehnică favorită a terapeuţilor experienţiali. Readucerea schemelor trecute sau a proiecţiilor viitoare în prezent şi experimentarea lor „acum şi aici" constituie obiectivul de bază. Kempler (1968) îi încurajează pe părinţi să fantazeze şi să joace roluri şi scene trăite în copilărie. Mama poate fi solicitată prin jocul de rol să se comporte aşa cum o făcea în copilărie, iar tatăl să joace (să interpreteze) „dilema fiului său", imaginându-se pe sine în locul lui, drept un băiat de vârsta acestuia, sau el însuşi la această vârstă.

Prin această tehnică se explorează blocajele emoţionale (rupându-se dialogul familial şi lucrându-se cu individul), se investighează amintirile şi visele. Lui Kempler, lucrul individual intrapsihic în prezenţa familiei îi ocupă o foarte mare parte din şedinţa terapeutică şi din majoritatea şedinţelor. Raţiunea acestui mod de lucru este convingerea că *„problemele personale neîncheiate, nerezolvate"*, împiedică *întâlnirea* autentică cu ceilalţi membrii ai familiei.

• Se utilizează de asemenea **tehnica scaunului gol,** preluată din gestaltterapie.

Astfel, când un copil vorbeşte despre bunicul său, este pus

în situaţia de a i se adresa chiar lui, personificat, substituit de un scaun gol aflat în faţa clientului. Această tehnică este deosebit de utilă pentru intensificarea experienţelor emoţionale prin „spargerea“ amintirilor şi a reacţiilor refulate, prin focalizare şi acţionare. Această tehnică „deschide“ dialogul blocat între membrii familiei.

Whitaker (1975) foloseşte o tehnică a jocului de rol pe care o numeşte „psihologia absurdului“. Ea constă în accentuarea calităţilor neraţionale (nerezonabile) ale răspunsurilor pacientului până la limita absurdului. Iată un exemplu :

Soţia: - Nu mai pot sta cu soţul meu.

Terapeutul: - Atunci, de ce nu ai scăpa de el sau ia-ţi un amant!

Efectul poate fi câştigarea de către pacient a unei distanţe obiective prin participarea la modul de distanţare al terapeutului. Pericolul este însă ca pacientul să se simtă rănit sau luat peste picior.

Se poate sesiza că terapeuţii experienţiali de familie acţionează ca *agenţi provocatori ai unei conştientizări emoţionale intense şi ai unei expresivităţi crescute,* care oferă familiilor în dificultate şansa unei revitalizări a relaţiilor, a unor interacţiuni mai autentice şi a unei comunicări deblocate. Reducând rezistenţele emoţionale, terapeuţii se focalizează mai curând pe valoarea de *schimbare a experienţei* şi mai puţin a înţelegerii. Terapia prilejuieşte o experienţă emoţională şi de comunicare intensă, şi nu atât o acţiune intelectuală, de tip interpretativ. *Schimbarea* produsă este evaluată prin efectul de catalizare a expresiei emoţionale în afara şedinţelor terapeutice. Rapoartele autorilor asupra validităţii rezultatelor consemnează efectele pozitive intraterapie, cum ar fi capacitatea unei familii de a avea contacte directe cu fiul schizofren, sau satisfacţia familiei posttratament. Rezultatele, în general,

au fost greu de obiectivat în comportamentele schimbate ale fiecărui membru, terapeuţii considerând că nu este necesar că fiecare să se schimbe, cât mai ales să se experimenteze stări emoţionale intense care să deblocheze impasul funcţional al familiei în mod spontan. Un alt indicator de succes se referă la satisfacţia şi caracterul activ - creativ al terapeuţilor pe parcursul terapiei, în caz de insucces, aceştia fiind plictisiţi şi neantrenaţi.

CONCLUZIE

Desigur, una dintre contribuţiile majore ale terapiei experienţiale de familie este de a nu înceta să ne amintească într-o lume dominată de gândirea sistematică că *durerile şi bucuriile individuale, atât de rar menţionate, nu trebuie neglijate şi că nu trebuie să pierdem din vedere „persoana“ în sistem.*

Scopurile terapeutice

Ca un rezultat al diagnozei pattern-urilor tranzacţionale ale familiei Brown, pot fi formulate cinci scopuri terapeutice. Primul şi cel mai important este dispariţia sindromului anorexiei nervoase.

Al doilea, are în vedere efectuarea unei transformări în subsistemul soţilor. Aceasta necesită ca tranzacţiile suportive, complementare dintre soţi să se intensifice, astfel încât să creeze un subsistem foarte clar delimitat al mamei şi tatălui, care să-şi educe copiii într-o relaţie mutual suportivă. Mama trebuie de asemenea să fie mai puţin angajată în educarea copiilor, spre a avea mai mult timp pentru operaţiile din subsistemul soţilor, iar angajamentul tatălui în educarea copiilor trebuie crescut, pentru a-l face apt să-şi contacteze copiii direct fără a apela la mamă. Rolul mamei ca şi contact, cu alte cuvinte, trebuie să dispară.

Al treilea scop al tratamentului este o transformare în subsistemul fraţilor. Funcţionarea gen capcană a subsistemului trebuie redusă şi graniţele deschise, astfel încât copiii să poată interacţiona cu părinţii lor şi cu lumea extrafamilială fără a alege un reprezentant al nevoilor lor. Mai mult, trebuie crescută autonomia adecvată vârstei lor pentru toţi copiii şi o schimbare a poziţiei lipsită de putere şi de „ţap ispăşitor" a lui Sally.

Al patrulea scop al terapiei în acest caz este de a face posibilă formarea de diade efective şi triade în sistemul total al familiei. Gradul de flexibilitate din cadrul subsistemelor trebuie mărit şi funcţionarea „tip capcană" se cere să fie eliminată. Alianţele flexibile şi coaliţiile trebuie să fie posibile.

Comunicarea în mod clar între toţi membrii familiei trebuie întarită. În acest fel, natura reală a tranzacţiilor lor e necesar să fie recunoscută.

CAPITOLUL V

TERAPIA TRANSGENERAŢIONALĂ DE FAMILIE

Ar fi un paradox să afirmăm că există o „terapie de familie psihanalitică", deoarece, după cum se ştie, psihanaliza se adresează doar indivizilor separaţi, deşi Freud vorbeşte mult în teoria sa despre dinamicile relaţiilor familiale, explicând simptomele prin influenţa relaţiilor pe care persoana simptomatică le are sau le-a avut cu alţii, şi mai ales cu cei din familia de origine. Astfel că putem, mai degrabă, să spunem că există curente sau orientări ale terapiei de familie care folosesc modelul psihanalitic. Nu trebuie ignorat însă că aproape toate celelalte orientări terapeutice de familie importante provin şi se sprijină pe teoria freudiană. Murray Bowen (1976) observa că terapeuţii, indiferent de orientarea lor, folosesc două dintre ideile de bază ale psihanalizei. Una este cea referitoare la *„tulburarea emoţională care se dezvoltă în relaţie cu alţii. A doua este aceea că relaţia terapeutică este «tratamentul» universal pentru tulburarea emoţională".*

Dacă ne referim strict la orientările de tip psihanalitic ale terapiei de familie, putem scoate în evidenţă că ele reprezintă, de fapt, *o mixtură între gândirea de tip sistemic şi psihologia de tip analitic sau psihodinamic.* Astfel de orientări sunt denumite deseori ca **terapii transgeneraţionale** deoarece se referă la familiile extinse şi, în mod evident, se centrează mai mult pe originile şi

natura comportamentelor interpersonale şi a structurilor intrapsihice care s-au născut din relaţionări din trecut şi care se transmit din generaţie în generaţie, influenţând relaţionările prezente.

În cadrul acestor terapii transgeneraţionale, locul cel mai important, datorită impactului său extrem de mare asupra domeniului terapiei de familie, îl ocupă terapia lui **Murray Bowen,** denumită, după numele său, terapia **boweniană.**

Alături de aceasta se mai remarcă orientarea lui **Ivan Boszormenyi-Nagy,** denumită **terapie familială contextuală,** în care găsim o mixtură interesantă de accente pe procesele interpersonale, dar şi pe cele intrapsihice.

Noi ne-am oprit însă la a descrie doar terapia de familie a lui Murray Bowen, considerând-o foarte utilă pentru înţelegerea şi intervenţia terapeutică în familiile care se prezintă în terapie.

Teoria boweniană a fost descrisă ca având cea mai comprehensivă viziune asupra comportamentului uman şi problemelor umane dintre toate abordările privind tratamentul familial (Nichols & Schwartz, 1991). *Accentul principal* în acest model *cade pe asigurarea unei teorii a funcţionării familiei.* Modelul de terapie derivat din această teorie are o semnificaţie secundară. Faţă de alte modele ale terapiei de familie, teoria boweniană tinde să aibă o orientare mai mult intelectuală şi o mai mică concentrare pe aspectul emoţional sau experienţial.

Teoriei boweniene formulate de Murray Bowen i s-a atribuit şi numele de **teorie sistemică de familie.** Deoarece teoria sistemică de familie era uneori confundată cu teoria sistemică generală, acest nume a fost abandonat şi înlocuit cu numele de teorie boweniană.

Murray Bowen, medic cu specializare în psihiatrie, şi-a făcut rezidenţa la faimoasa clinică Menninger (Menninger Clinic), recunoscută pentru orientarea sa psihanalitică. Aici, Bowen a devenit din ce în ce mai nesatisfăcut de conceptele psihanalitice care nu puteau fi validate prin metode ştiinţifice acceptate în mod convenţional. Ca urmare, el a început să dezvolte o nouă teorie *„concepută să corespundă în mod precis cu principiile evoluţiei şi cu omul ca fiinţă evolutivă"* (Kerr & Bowen, 1988, p. 360). Bowen şi-a perfecţionat teoria şi după mutarea sa la Institutul Naţional pentru Sănătate Mentală (INSM) în Bethesda, Maryland, în 1954. La INSM, Bowen a admis familii întregi în secţia de cercetare psihiatrică. Cercetarea acestor familii a fost ghidată de teoria boweniană, şi, astfel, teoria a fost extinsă şi modificată de fiecare dată când specialiştii se confruntau cu informaţii noi sau incompatibile. În timpul celor cinci ani la INSM, cercetarea lui Bowen s-a centrat pe familiile cu copii schizofreni, şi în particular pe relaţia simbiotică observată între mame şi copiii lor. În final, teoria s-a dezvoltat pentru a include întreaga familie, adresându-se şi altor tipuri de familii. Bowen spunea (1978):

> *„La acel moment, eforturile erau în direcţia extinderii orientării teoretice de la un concept familial de schizofrenie la o teorie familială a bolilor emoţionale şi a adaptării psihoterapiei de familie la o întreagă gamă de boli emoţionale". (p. 105).*

În 1959, Bowen s-a mutat la şcoala de medicină a Universităţii Georgetown, astfel că dezvoltarea ulterioară a acestei teorii a avut loc aici. În 1968, Bowen a iniţiat un program de pregătire postuniversitară în terapia de familie. La Centrul Familial al Universităţii Georgetown, el îşi continuă lucrul la teoria sa şi la aplicaţiile ei terapeutice. Când Murray Bowen a murit în 1990, domeniul terapiei de familie *„a pierdut nu doar pe unul dintre cei mai mari maeştri, dar şi pe unul dintre cei mai severi critici".* (Becvar, Becvar, 1996).

Alte figuri proeminente care au contribuit la extinderea şi aplicarea teoriei boweniene sunt Michael Kerr, Daniel Papero, Philip Guerin, Monica McGoldrick, Betty Carter, Edwin Friedman, Peggy Papp şi Thomas Fogerty.

Premise conceptuale

Bowen pune mult accent pe rigoarea ştiinţifică. Ştiinţele naturale şi, în special, conceptul de evoluţie au servit ca modele pentru conceptul de psihologie al lui Bowen. Charles Darwin şi Sigmund Freud au avut un impact semnificativ asupra gândirii lui Bowen, motiv pentru care multe concepte din teoria boweniană sunt derivate din gândirea psihanalitică. Însuşi Bowen a fost în analiză timp de 13 ani.

Spre deosebire de teoria generală a sistemelor, care accentuează mecanismele de feed-back şi sistemele cu autoreglare, modelul lui Bowen este mai apropiat teoriei sistemelor naturale. Aceasta din urmă sugerează că familia, ca toate celelalte sisteme (ex: coloniile de furnici, sistemul solar) este ghidată de procese comune din natură (Goldenberg & Goldenberg, 1991).

Teoria boweniană se bazează pe ideea că *oamenii au o moştenire evolutivă comună la nivelele primitive ale funcţionării.* Acest lucru are un impact semnificativ asupra comportamentului (ex: răspunsurile emoţionale reactive şi din reflex). Acest aspect al funcţionării este universal şi transcede contextele istorice şi culturale.

De asemenea, din punctul de vedere al lui Bowen, există *două forţe vitale* care contrabalansează şi care sunt relevante pentru funcţionarea familiei (Papero, 1991):

• **individualitatea,** o forţă naturală cu rădăcinile într-un instinct de a fi un organism independent de sine stătător;

• **„a fi împreună"**, o forţă naturală cu rădăcini într-o nevoie instinctuală pentru alţii şi un simţ de a fi conectat la altă persoană sau un grup.

Aceste forţe sunt universale prin faptul că în toate relaţiile există un joc dinamic între individualitate şi „a fi împreună".

O altă idee importantă în teoria boweniană este aceea conform căreia oamenii sunt dotaţi atât cu **sisteme emoţionale,** cât şi cu **sisteme intelectuale.** Când aceste sisteme operează separat, dar armonios, individul face o alegere între a reacţiona într-un mod emoţional şi a reacţiona într-un mod intelectual în orice situaţie dată. Când anxietatea sporeşte intensitatea emoţională, cele două sisteme, intelectual şi emoţional, se amestecă. În consecinţă, gândirea şi comportamentul sunt determinate mai mult emoţional şi alegerea este compromisă.

Familia este concepută de Bowen ca un *sistem,* ca o *unitate interdependentă emoţional.* O schimbare într-o parte a sistemului familial va determina schimbări în alte părţi şi în întreaga familie. Comportamentele în cadrul unei familii au tendinţa de a se cristaliza în pattern-uri regulate de-a lungul timpului. Aceste pattern-uri sunt frecvent repetate în câteva generaţii ale familiei respective. Familiile, ca oricare alt sistem, exercită o puternică influenţă în a-şi menţine homeostazia, astfel că ele susţin conformitatea comportamentului fiecărui membru, evitând în acest mod schimbările comportamentale. De asemenea, familia stabileşte şi climatul emoţional şi comportamentele pe care membrii le vor manifesta sau recrea în contexte nonfamiliale (de exemplu, cele de muncă, joc etc.).

De aceea, teoria boweniană poate fi aplicată nu doar în cazul familiilor, ci şi altor tipuri de grupuri sociale, inclusiv cele implicate în muncă, religie şi politică. Aceste grupuri manifestă

procese emoţionale similare celor din unitatea familială.

Principii teoretice

Esenţa teoriei boweniene este alcătuită din opt concepte fundamentale. Aceste concepte interrelaţionate construiesc „piatra de temelie“ (Walsh, 1996) a teoriei, şi anume **sistemul emoţional.**

Sistemul emoţional include *„forţa pe care biologia o defineşte ca instinct, reproducere, activitate automată controlată de sistemul nervos autonom, stări emoţionale subiective şi sentimente şi forţele care guvernează sistemele de relaţie... În termeni largi, sistemul emoţional guvernează «dansul vieţii» în toate lucrurile vii“.* (Bowen, 1975, p. 380).

Un alt termen-cheie de la începutul muncii lui Bowen este **masa de ego familial nediferenţiat.** Acesta se referă la *„unitatea emoţională intensă într-o familie care produce emoţionalitate ce interferează cu gândirea şi împiedică diferenţierea individului de familie“.* (Bowen, 1978). Hall notează că Bowen nu mai utilizează această terminologie, termenul de „fuziune“ fiind cel preferat în mod curent. Astfel, teoria boweniană face o distincţie între indivizii care sunt fuzionaţi şi cei care sunt diferenţiaţi. Caracteristica preferată este cea de *diferenţiere.* Prezentăm mai jos cele *opt concepte esenţiale* ale teoriei boweniene, în care *diferenţierea sinelui* este considerată foarte importantă.

1. **Diferenţierea sinelui.** În contextul unui sistem emoţional, diferenţierea sinelui reprezintă *gradul relativ de autonomie pe care un individ îl păstrează, în timp ce rămâne în relaţie semnificativă cu ceilalţi.* Aceşti indivizi pot transcede nu doar propriile emoţii, ci şi cele ale sistemului lor familial. De asemenea, astfel de persoane diferenţiate sunt mai flexibile, adaptabile şi mai autonome. Ca urmare, ele îşi trăiesc propriile emoţii şi, deşi nu sunt lipsite de conştiinţa emoţiilor celor din jurul lor, sunt capabile să menţină un grad de obiectivitate şi distanţă emoţională faţă de problemele emoţionale proprii sau ale altora. De aceea, se consideră că indivizii *înalt diferenţiaţi* au un **eu solid** („solid self“), *mai integrat.* Acesta reprezintă pentru Bowen *conceptul de eu care este ghidat în principal de intelect,* adică persoana poate acţiona sau lua decizii pe baza unor judecăţi raţionale.

Indivizii cu *nivele scăzute de diferenţiere* tind să fie mult mai rigizi şi mai dependenţi emoţional de alţii, comportamentul fiind direcţionat mai degrabă de emoţii. Ei sunt ghidaţi preponderent de **pseudo-eul** („pseudo-self“) lor. Acesta este un *concept de eu care este negociabil cu alţii,* sensibil la emoţii şi mai puţin la judecăţile raţionale. Astfel de persoane vor lua decizii bazate pe sentimente, nu pe principii logice, raţionale. De aceea, deciziile luate în momente diferite de timp vor fi inconsistente unele cu altele, dar indivizii cu pseudo-eu nu sunt conştienţi de această inconsistenţă. Bowen (1976) descrie pseudo-eu-ul ca un *eu pretins,* adică un eu fals, după cum ar spune Winnicott, pe care persoana îl poate simţi ca fiind real, deşi nu este.

În terapia de familie boweniană se urmăreşte gradul diferenţierii sinelui la fiecare membru al familiei, şi în special al copiilor (mai ales dacă aceştia sunt adolescenţi sau chiar maturi). Este mult mai probabil ca persoanele cu un grad mic de diferenţiere a sinelui faţă de membrii familiei care dezvoltă anumite simptome să prezinte şi ele, la rândul lor, alte, sau chiar aceleaşi, simptome, comparativ cu persoanele cu un grad mare de diferen-

ţiere. De aceea, unul dintre scopurile terapeutice va fi creşterea gradului de autonomie a membrilor familiei, unii faţă de alţii.

Mai mult, conceptele de diferenţiere şi fuziune sunt foarte importante pentru Bowen (ca şi pentru oricare alt terapeut) şi în ceea ce priveşte *ipotezele intergeneraţionale sau transgeneraţionale*. Bowen consideră că persoanele care părăsesc familia de origine cu un pseudo-eu sau cele care sunt fuzionate cu familiile lor de origine tind să se căsătorească cu persoane cu care vor putea, de asemenea, să fuzioneze. Astfel, două persoane nediferenţiate tind să se găsească unele pe altele. Rezultatul va fi *separarea emoţională* de familia de origine şi fuzionarea soţilor. Asta presupune că pseudo-eul unuia dintre soţi se va baza pe pseudo-eul celuilalt, adică se vor uita unul la celălalt pentru a detecta diferite indicii pentru a alege modul de reacţie emoţională şi de luare a deciziilor. În felul acesta, *„procesele familiale neproductive trec de la o generaţie la următoarea prin astfel de mariaje"*. (Becvar şi Becvar, 1996).

2. **Procesul emoţional familial nuclear.** Acest concept descrie *gama de pattern-uri relaţionale emoţionale din sisteme, dintre părinţi şi copii.* Există patru mecanisme utilizate de familie pentru a face faţă anxietăţii când aceasta devine prea intensă în familia nucleu. Toate cele patru mecanisme pot fi folosite, dar, de regulă, o familie, mai ales dacă este fuzională, utilizează în mod predominant unul sau mai multe:

- *Distanţa emoţională. Într-un sistem familial fuzional cu nivele înalte de anxietate, un membru al familiei poate mări distanţa interpersonală atunci când el sau ea nu mai poate face faţă reactivităţii emoţionale* (Bowen, 1978). Frecvent, aceasta poate determina o distanţă mai mare decât doreşte, de fapt, individul.

- *Conflictul marital. Cantitatea de conflict într-un mariaj este o funcţie a gradului de fuziune din relaţie şi a intensităţii anxietăţii corespunzătoare.* (Papero, 1991). Poate avea loc un proces ciclic în care conflictul este urmat de distanţă emoţională, o perioadă de apropiere caldă, apoi o creştere a tensiunii care precipită un alt conflict şi, astfel, ciclul se perpetuează.

- *Transmiterea sau proiecţia problemei către copil.* De multe ori, *problemele dintre soţi şi anxietatea acestora tind să fie evitate prin concentrarea lor pe unul sau mai mulţi copii.* Cel mai comun pattern este ca mama să-şi concentreze o mare parte din energia sa emoţională pe un copil (ajungându-se chiar la fenomenul de fuziune simbiotică între mamă şi copil), în timp ce tatăl se distanţează şi este evitat în acelaşi timp. Copilului pe care părintele se concentrează îi sporesc reactivitatea şi fuziunea sistemului intelectual şi emoţional. De aceea, el este cel mai vulnerabil la dezvoltarea unor simptome.

- *Disfuncţia într-un soţ.* În cazul unui cuplu cu un membru inadecvat sau disfuncţional, iar celălalt în mod deschis adecvat cu scopul de a compensa, se pot dezvolta roluri reciproce. Acest pattern poate lua amploare şi poate deveni solid dacă un membru al familiei dezvoltă o maladie fizică sau mentală cronică.

3. **Triunghiurile sau triangularea.** Acest concept este mult legat de cel al proiecției unei probleme asupra unuia sau mai multor copii. Un triunghi este *unitatea de bază a interdependenței în sistemul emoțional familial.* Pentru Bowen, o diadă, adică un sistem de două persoane, este stabilă atât timp cât ea este calmă. Dacă apar factori stresori care determină creșterea nivelului de anxietate, diada poate rămâne stabilă, dar când anxietatea într-o diadă atinge un nivel mai ridicat, o a treia persoană va fi atrasă în câmpul emoțional al celor doi. De exemplu, nașterea primului copil determină apariția unui triunghi format din cei doi părinți și copil. Sau, atunci când există un conflict între soți, soția poate apela la mama sa pentru a-și reduce anxietatea, implicând-o și pe aceasta în conflictele cu soțul; în felul acesta apare triunghiul format din soț, soție și mama soției. Triunghiurile într-o familie pot fi latente și să nu se manifeste în mod deschis. Totuși, aceste triunghiuri pot fi activate (și se activează frecvent) în timpul perioadelor de stres. Bineînțeles, nivelul stresului sau al anxietății necesar pentru destabilizarea diadei este în strânsă legătură cu gradul de diferențiere al celor doi.

4. **Procesul proiectiv al familiei.** Acest proces se referă la faptul că *nivelul de diferențiere al părților trece mai departe la unul sau mai mulți dintre copiii lor.* În mod obișnuit, un copil dintr-o familie va avea o implicare emoțională crescută cu unul dintre părinți. Această supraimplicare poate varia de la părintele care e în mod excesiv îngrijorat de ce se întâmplă cu copilul până la părintele care este extrem de ostil acțiunilor copilului. Dinamica aceasta deteriorează capacitatea copilului de a funcționa eficient în contexte sociale. Gradul de diferențiere al părinților și nivelul de stres în familie determină intensitatea procesului proiectiv al familiei.

5. **Întreruperea (distanțarea) emoțională.** În încercarea de a face față fuziunii și absenței diferențierii în relațiile lor interne, membrii familiei sau segmente ale sistemului extins *se pot distanța unul de altul și pot deveni separați emoțional* (Hall, 1981). Deși individul care întrerupe poate părea că face față relației cu familia, individul rămâne mai vulnerabil la alte relații intense. Kerr (1981) sugerează că *întreruperea emoțională* indică o problemă - fuziunea dintre generații -, rezolvă o problemă - scade anxietatea asociată cu contactul familial - și creează o problemă - izolează indivizii care ar putea beneficia de contact. Ca rezultat al separării emoționale, individul rămâne prins în sistemul emoțional al familiei și poate fi mai puțin capabil să răspundă eficient la situațiile de rezolvare a problemelor. Disfuncția consecventă se poate manifesta și în alte moduri, cum ar fi relații superficiale, boală fizică, depresie și comportamente impulsive (Walsh, 1980).

6. **Procesul de transmitere multigenerațională.** *Tendința puternică de a repeta pattern-urile disfuncționale ale conduitei emoționale în generații succesive culminează cu nivele scăzute de diferențiere a eului pentru anumiți membri ai generațiilor mai tinere* (Hall, 1981). Bowen consideră că indivizii la niveluri echivalente de diferențiere, deci fie diferențiați, fie fuzionați, se găsesc unul pe altul și se căsătoresc și pot avea unul sau mai mulți copii cu niveluri mai scăzute de diferențiere. De aceea, ne putem aștepta ca aceste atașamente sau distanțări să fie

mai accentuate la copii decât au fost la părinţii lor. Deoarece pattern-ul repetitiv determină în mod succesiv nivele mai scăzute de diferenţiere la generaţiile următoare, procesul culminează cu un ultim nivel de disfuncţie, adică ataşamentele (adică fuziunile) sau distanţările emoţionale care determină apariţia diferitelor simptome care fac ca persoana sau familia să recurgă la terapie.

7. **Poziţia de frate sau soră.** *Vârsta mai mare şi distribuţia pe sexe între fraţi în aceleaşi generaţii au o puternică influenţă asupra comportamentului* (Hall, 1981). Cercetările lui Walter Toman (1969) descriu roluri diferite pe care indivizii le manifestă ca rezultat al poziţiei lor în familiile de origine, cum ar fi copilul cel mai mare, sora mai mică, cel mai mic copil. De exemplu, într-o familie cu mulţi copii, ultimul copil, cel mai mic, poate să fie cu totul ignorat din punct de vedere afectiv, din cauza preocupării şi stresului părinţilor pentru asigurarea hranei şi securităţii familiei. Bowen sugera, de asemenea, că *pattern-urile interactive dintre cuplurile maritale pot fi legate de rolurile indivizilor din familiile lor de origine.*

8. **Procesul emoţional al societăţii (regresia socială).** Acest concept-cheie al lui Bowen are în vedere faptul că *procesele caracteristice familiilor pot fi observate şi în interacţiunile la nivel social.* De exemplu, deoarece există o anxietate crescută şi un stres continuu cauzate de crimă, şomaj şi poluare, există şi o tendinţă socială către reactivitate emoţională şi o probabilitate scăzută a individului de a-şi utiliza eficient procesele emoţionale. Bowen observa că istoria recentă a societăţii noastre pare să reflecte acest tip de regresie, adică societatea poate face faţă cu succes unor factori stresori situaţionali acuţi, dar eşuează când factorii stresori se cronicizează. Din pricina stresului cronic, atât societatea, cât şi familia pierd contactul cu principiile sistemului lor intelectual şi vor acţiona în virtutea sistemului emoţional, pierzându-şi obiectivitatea.

Sumarizând, cele *opt concepte fundamentale* ale teoriei boweniene sunt:

1. **diferenţierea sinelui**
2. **procesul emoţional al familiei nucleare**
3. **triunghiurile**
4. **procesul proiectiv al familiei**
5. **întreruperea emoţională**
6. **procesul de transmitere multigeneraţională**
7. **poziţia de frate sau soră**
8. **procesul emoţional al societăţii**

În funcţie de aceste noţiuni de bază ale concepţiei sale, Bowen consideră *familia funcţională* ca fiind cea caracterizată prin viabilitate sau valoarea de supravieţuire a proceselor sale emoţionale, mai degrabă decât a se referi la forma sau structura ei. Viabilitatea familiei este, de asemenea, legată de modul cum familia îşi echilibrează balanţa dintre individualitate şi „a fi împreună". *Procesele flexibile ale unei familii sunt acelea care permit diferenţierea eului membrilor individuali ai familiei.* Acest tip de familie va fi caracterizat prin *comunicare deschisă, o frecvenţă scăzută a comportamentelor simptomatice şi lipsa întreruperii emoţionale.*

Hall (1981), un alt reprezentant al teoriei boweniene,

numeşte „*putere*“ procesele familiale care conduc la adaptarea cu succes a unităţii familiale. Disfuncţia este numită „*slăbiciune*“, ceea ce denotă un grad scăzut de viabilitate a proceselor emoţionale. Acesta este destructiv pentru familie, conducând în final la distrugerea ei (Hall, 1981). Procesele disfuncţionale într-o familie pot fi manifestate prin niveluri înalte ale intensităţii emoţionale, relaţii rigide sau restrictive (ex: dependenţa sau izolarea), prin niveluri scăzute de diferenţiere individuală a eului şi simptome manifestate la membrii individuali ai familiei.

Aşa cum am menţionat anterior, Bowen afirmă că indivizii cu nivele similare de diferenţiere au tendinţa să se caute unul pe altul şi să se căsătorească. Indivizii cu nivele scăzute de diferenţiere care se căsătoresc au o probabilitate mai mare să aibă nivele mai intense de fuziune, ceea ce conduce la problemele descrise anterior. Prin procesul multigeneraţional, disfuncţia dintr-o generaţie este trecută membrilor generaţiei următoare şi tinde să se perpetueze în această manieră.

Astfel, în procesul terapeutic se va urmări diagnosticarea nivelului de diferenţiere al membrilor familiei şi intensitatea proceselor emoţionale. Totuşi, terapeutul evită patologizarea unui membru al familiei frecvent denumit ca „pacient identificat“. În schimb, problema este conceptualizată în termenii unui întreg sistem familial. Începutul evaluării priveşte informaţia despre procesele familiei, care este colectată în şedinţele iniţiale. Terapeuţii bowenieni pot structura evaluarea familiei în diferite moduri. Kerr (1981, p. 252) oferă un cadru general pentru un interviu de evaluare, cuprinzând.

- Istoria problemei prezentate;
- Istoria familiei nucleare;
- Istoria sistemului familial extins al soţului;

- Istoria sistemului familial extins al soţiei;
- Concluzia.

Informaţia adunată poate fi înregistrată ca o *reprezentare grafică a familiei respective*, numită **genogramă**. Această genogramă constituie un *instrument-cheie* în teoria şi terapia boweniană; ea asigură, prin vizualizare, o clarificare a proceselor emoţionale ale familiei.

În mod frecvent, genograma conţine:

- *evenimentele nodale ale familiei* (ex: evenimentele care au schimbat funcţionarea familiei), cum ar fi naşteri, avorturi, divorţuri, separări, boli, accidente, dependenţe (cum ar fi cea de alcool sau de drog), decese.
- *caracteristicile sistemului familial*, cum ar fi triunghiurile şi separările emoţionale, astfel încât sunt evidenţiate procesele multigeneraţionale care au modelat familia nucleară. De exemplu, cine cu cine vorbeşte mai des direct sau chiar la telefon, cine cu cine se ceartă, locul rezidenţei (adică apropierea membrilor familiei, cine cu cine locuieşte sau se vizitează), etc.
- *caracteristicile esenţiale ale membrilor familiei*, care dau informaţii despre persoane, dar şi despre modul de reacţie, mai ales emoţional, al membrilor familiei în condiţii de stres. Aceste informaţii se referă la originea culturală şi etnică, statutul socio-economic, apartenenţa religioasă, profesie, hobby-uri, dar şi caracteristicile de personalitate care au relevanţă pentru membrii familiei implicate în terapie şi mai ales regulile şi căile de a face faţă conflictelor şi momentelor tensionante, care cresc nivelul anxietăţii.

Genograma familiei serveşte drept instrument care îl ajută pe terapeut să înţeleagă sistemul emoţional al familiei respective. De asemenea, funcţionează ca ghid în terapie şi poate fi împărtăşit familiei, discutat cu aceasta, ca o componentă a procesului terapeutic, pentru facilitarea unor insight-uri referitoare la procesele emoţionale şi la nivelul de diferenţiere.

Un alt element util pentru diagnoză în teoria boweniană este **scala „diferenţierii eului"**. Acest instrument de evaluare a fost dezvoltat de Bowen pentru a măsura şi descrie tendinţa unui individ către individualitate sau către a fi cu ceilalţi într-o familie. Scala este un continuum ce reprezintă plaja funcţionării umane de la cel mai scăzut nivel de diferenţiere (un scor de 0) la cel mai înalt nivel (un scor ce vizează idealul de 100). (Walsh, 1980).

Scopurile terapiei boweniene de familie

Cel mai important scop al terapiei boweniene este îmbunătăţirea diferenţierii eului (Bowen, 1978). Cu o diferenţiere crescută, membrii individuali ai familiei sunt mai capabili *să tolereze anxietatea şi să-şi acceseze funcţiile intelectuale.* Reactivitatea emoţională scăzută şi funcţionarea intelectuală sporită sunt realizate prin atingerea altor scopuri ale tratamentului din acest model.

Bowen (1978, p. 291) afirmă că un scop în terapia de familie este: *„de a reduce nivelul anxietăţii, de a îmbunătăţi nivelul comunicării deschise responsabile în cadrul familiei şi de a reduce comunicarea iresponsabilă, subterană a secretelor şi bârfelor cu alţii".*

Un alt scop al tratamentului este de *a scădea separarea emoţională* şi de a *rezolva treburile neterminate cu familia de*

origine. În modelul bowenian, terapeuţii au scopuri pentru ei înşişi, care sunt cruciale pentru atingerea scopurilor familiei:

- *Anxietate redusă în câmpul emoţional pentru a îmbunătăţi nivelul funcţional al diferenţierii eului şi pentru a reduce simptomele,*
- *Îmbunătăţirea nivelului de bază al diferenţierii pentru a creşte adaptabilitatea persoanei la câmpurile emoţionale intense.*

Reducerea simptomului şi anxietatea scăzută pot apărea relativ rapid în tratament (ex: de la câteva şedinţe până la câteva luni de tratament), însă îmbunătăţirea în nivelul de bază al diferenţierii este un proces pe termen lung care poate lua un număr de ani.

Procesul terapeutic

O primă preocupare în procesul terapeutic (de tratament) este afirmată de Bowen astfel:

„Progresul în terapie depinde de abilitatea terapeutului de a se raporta plin de semnificaţie la familie, fără a deveni implicat emoţional în sistemul familial" (1978, p. 312).

Bowen a listat *cinci funcţii principale* ale terapeutului în procesul de tratament cu familia (Papero, 1991, p. 61):

- ***Să definească şi să clarifice relaţia dintre soţi (să dezvolte şi să utilizeze genograma);***
- ***Să păstreze eul în afara triunghiului sistemului emoţional al familiei;***
- ***Să înveţe funcţionarea sistemului emoţional utilizând princi-***

piile modelului;

- *Să demonstreze diferenţierea prin conducerea eului în cursul terapiei;*
- *Să rezolve separările.*

Kerr şi Bowen (1988) sugerează utilizarea următoarelor întrebări în proces:

- *Cine a iniţiat terapia?*
- *Care este simptomul şi care membru al familiei sau relaţie de familie este simptomatică?*
- *Care este sistemul relaţional imediat (asta înseamnă de obicei familia nucleară) al persoanei simptomatice?*
- *Care sunt pattern-urile funcţionării emoţionale în familia nucleară?*
- *Care este intensitatea procesului emoţional în familia nucleară?*
- *Ce influenţează această intensitate, o încărcătură excesivă de evenimente stresante sau un nivel redus de adaptabilitate?*
- *Care este natura sistemelor familiale extinse?*
- *Care este gradul separării emoţionale din cadrul fiecărui sistem familial extins?*
- *Care este prognoza?*
- *Care sunt direcţiile importante pentru terapie?*

Dacă terapeutul rămâne în afara triunghiului şi familia este capabilă să interacţioneze într-o atmosferă de anxietate şi reactivitate scăzute, progresul va apărea.

Tehnicile terapeutice ale terapiei boweniene

Nu se poate afirma că ar exista anumite tehnici terapeutice specifice orientării boweniene, dar important este că *terapeutul se concentrează asupra înţelegerii procesului emoţional al familiei, în timp ce rămâne în afara triunghiurilor.* Totuşi, anumite tehnici sunt frecvent angajate pentru a înainta procesul terapeutic.

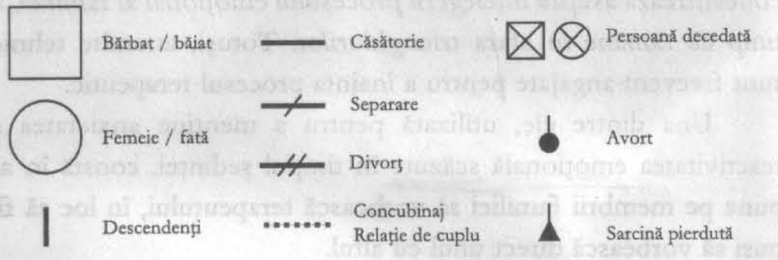
Una dintre ele, utilizată pentru a menţine anxietatea şi reactivitatea emoţională scăzute în timpul şedinţei, constă în **a-i pune pe membrii familiei să vorbească terapeutului, în loc să fie puşi să vorbească direct unul cu altul.**

O altă tehnică utilă este de **a se concentra asupra proceselor intelectuale şi de gândire prin punerea frecventă a unor întrebări.** Externalizarea gândirii membrilor familiei îi ajută pe aceştia să poată auzi perspectiva fiecăruia.

Terapeutul de tip bowenian rămâne *neutru emoţional şi evită să ia partea cuiva,* de aceea, terapeutul rămâne în afara triunghiului sistemului emoţional familial. Terapeutul menţine neutralitatea emoţională în cadrul şedinţei şi prin *utilizarea modelării atitudinii nonverbale şi prin utilizarea adecvată a umorului.* Aceasta conduce la reducerea fuziunii şi a separării emoţionale în sistem. Când e cazul, este utilizată *învăţarea didactică* pentru a asigura un cadru cognitiv, la care familia se poate raporta pentru a înţelege problemele şi procesul terapeutic. Intenţia este de *a ajuta indivizii să-şi sporească conştiinţa rolurilor lor în procesul sistemului familial.*

Genogramele sunt utilizate pentru a organiza informaţiile referitoare la sistemul familial şi pentru a asigura un mijloc de a atrage familia în terapie. Genograma permite, de asemenea, atât terapeutului, cât şi familiei să examineze şi să înţeleagă familia în

contextul ei intergenerațional. De regulă, ea conține o hartă a trei generații ale familiei nucleu, cea care, de altfel, apelează la terapie. Fiecare tip de informație din genogramă este reprezentată grafic printr-o serie de *simboluri*, cum ar fi cele oferite mai jos:



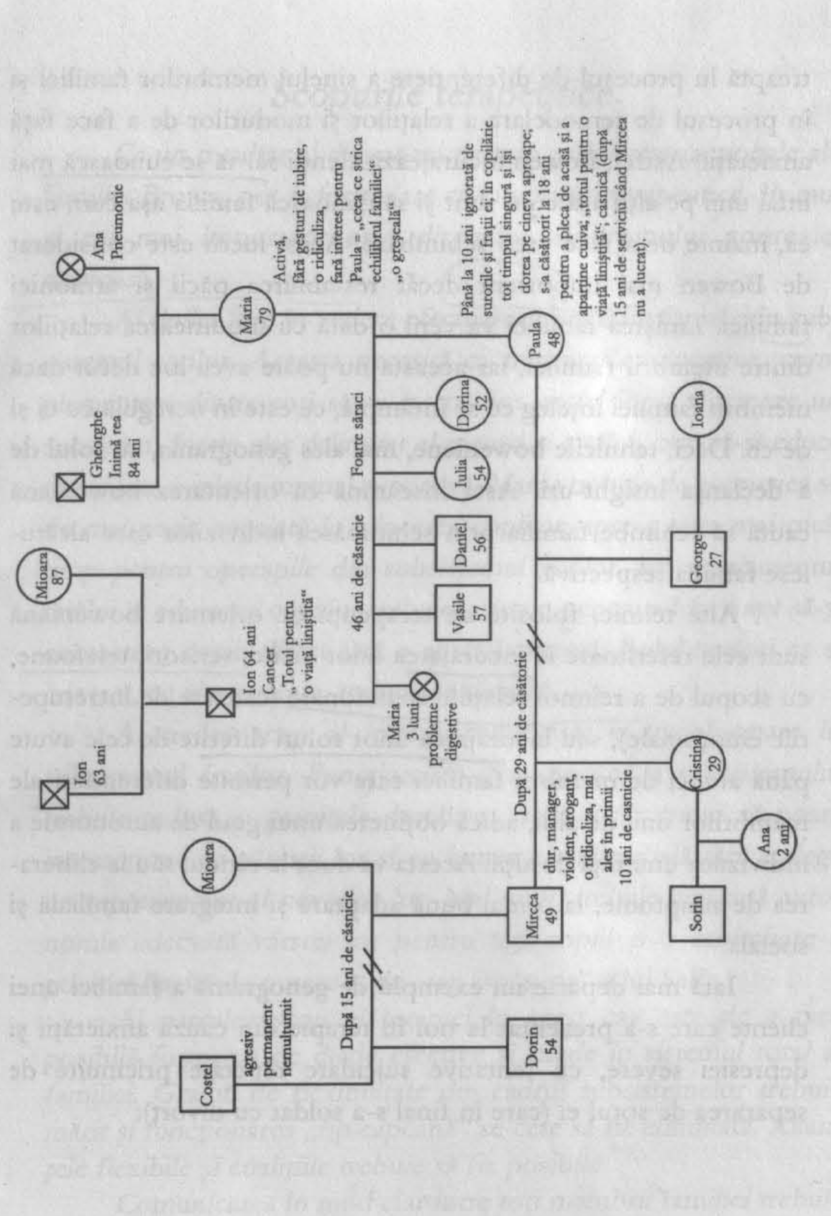
Genograma oferă o imagine mai clară care îi poate ajuta pe membrii familiei să aibă o nouă perspectivă asupra pattern-urilor lor de comportament și de relaționare în contextul familiei extinse, și nu doar o perspectivă limitată la un singur membru, cel simptomatic. În felul acesta, sentimentele de culpă, de jenă, de îngrijorare ale persoanei simptomatice tind să se reducă, sesizând că pattern-ul său de reacție la stres mai există și la alți membri ai familiei sale extinse, chiar dacă acesta poate lua o altă formă. Mai mult, acest pattern putea fi imitat inconștient de persoana simptomatică de la un alt membru simptomatic din familie, iar conștientizarea acestui fapt, insight-ul asupra acestei transmiteri transgeneraționale, are efecte terapeutice incontestabile pentru întreaga familie, și mai ales asupra membrului simptomatic, al cărui proces de diferențiere a sinelui deja a început.

Prin observarea în genograme a procesului de transmitere multigenerațională a pattern-urilor de relaționare, a rolurilor implicate de poziția pe care fiecare membru o ocupă în sistemul familial (frate mai mare, copil unic etc.), a triunghiurilor, a procesului de proiecție familială se parcurge, de fapt, o primă

treaptă în procesul de diferențiere a sinelui membrilor familiei și în procesul de remodelare a relațiilor și modurilor de a face față anxietății. Astfel, Bowen încurajează clenții săi să se cunoască mai întâi unii pe alții așa cum sunt și să cunoască familia așa cum este ea, înainte de a face vreo schimbare. Acest lucru este considerat de Bowen mai important decât restabilirea păcii și armoniei familiei. Liniștea familiei va veni o dată cu modificarea relațiilor dintre membrii familiei, iar aceasta nu poate avea loc decât dacă membrii familiei înțeleg ce se întâmplă, ce este în neregulă cu ei și de ce. Deci, **tehnicile boweniene, mai ales genograma, au rolul de a declanșa insight-uri.** Asta înseamnă că orientarea boweniană caută să schimbe familia prin schimbarea indivizilor care alcătuiesc familia respectivă.

Alte tehnici folosite de terapeuții de orientare boweniană sunt cele referitoare la încurajarea unor vizite, scrisori, telefoane, cu scopul de a reînnoi relațiile abandonate (cauzate de întreruperile emoționale), sau încurajarea unor roluri diferite de cele avute până atunci de membrii familiei care vor permite diferențieri ale membrilor unii de alții, adică obținerea unui grad de autonomie a indivizilor unii față de alții. Acesta va duce la rândul său la eliberarea de simptome, la o mai bună adaptare și integrare familială și socială.

Iată mai departe un exemplu de genogramă a familiei unei cliente care s-a prezentat la noi în terapie din cauza anxietății și depresiei severe, cu tentative suicidare repetate pricinuite de separarea de soțul ei (care în final s-a soldat cu divorț):



Genograma familiei Paulei.

Deși în terapia boweniană accentul cade mai degrabă pe individ sau pe cuplu, mai ales cel al părinților, chiar dacă familia vine pentru o problemă a copilului (transformând, astfel, „problema copilului" în „problema părinților"), totuși există și o **terapie boweniană multiplă de familie,** adică cu un grup de familii. Ea se folosește pentru a spori procesul de învățare a familiei prin intermediul observării proceselor emoționale ale altor familii din terapie. Familiile se întâlnesc într-un grup, iar terapeutul lucrează cu o familie o dată, în timp ce celelalte familii observă ce se întâmplă, obținând insight-uri prin poziția de *martor*.

Fie că terapeutul lucrează cu un individ sau cu o familie separat ori într-un grup de familii, sarcina sa primară este de a rămâne în afara procesului emoțional al familiei. Terapeutul observă îndeaproape procesul comunicării, obține o înțelegere a dinamicii familiei și creează o anumită atmosferă în ședință, unde poate avea loc diferențierea. Prin menținerea **poziției „Eu"**, adică *păstrarea poziției cuiva bazată pe gândire, mai degrabă decât pe emoție, în ciuda presiunii emoționale din partea familiei,* terapeutul ajută familia să atingă un punct important, asigurând în același timp calmul și răspunsurile raționale. De aceea, el trebuie să aducă în procesul terapeutic propriul său nivel funcțional de diferențiere a sinelui. Ca urmare, Bowen îi încurajează pe toți terapeuții, mai ales la începutul carierei lor, să facă o analiză atentă și minuțioasă a propriei lor genograme, pentru identificarea gradului lor de diferențiere a sinelui și îmbunătățirea acestuia, deși diferențierea sinelui de familia de origine este un proces care se desfășoară de-a lungul întregii vieți. Important este ca el să se producă în mod conștient pentru a fi eficient.

Concluzii

Teoria şi terapia boweniană ne oferă un model de terapeut care îşi asumă rolul unui observator, cercetător şi profesor neutru al familiei aflate în terapie. Mai mult, ne oferă un model de familie şi de indivizi presupus a fi cel mai bun. O astfel de poziţionare a terapeutului faţă de clienţii săi vine în contradicţie cu ideea de a accepta familia sau persoana aşa cum este ea, şi în special cu noţiunile de „bun" sau „rău", „corect" sau „incorect" care pot fi judecate doar în context. Este extrem de vizibil faptul că orientarea boweniană pune accentul pe responsabilitatea părinţilor pentru problemele copiilor. Unii critici ai orientării psihanalitice, în general, şi ai celei boweniene, în particular, subliniază faptul că o astfel de gândire amplifică sentimentele de vinovăţie pe care oamenii oricum le au atunci când este vorba despre problemele lor, sau, mai ales, ale copiilor lor, deşi adepţii acestor orientări afirmă că nu fac altceva decât să crească gradul de responsabilitate al oamenilor faţă de acţiunile lor.

În ciuda criticilor aduse, Murray Bowen rămâne un nume de referinţă în domeniul psihoterapiei prin elaborarea uneia dintre cele mai complete teorii a terapiei de familie, extrem de utilă în înţelegerea funcţionării psihologice a indivizilor, cuplurilor şi a familiilor, precum şi în ghidarea intervenţiilor terapeutice, indiferent de orientarea terapeutică din care ele provin.

Capitolul VII

Terapia sistemică de familie

Când ne referim la acest model al terapiei de familie, ne gândim în primul rând la modelul Şcolii de la Milano, reprezentată de psihiatrii italieni Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin şi Guiliana Prata, model elaborat în jurul anului 1978, când au apărut cele mai importante lucrări ale acestor reprezentanţi. În 1980 însă, această echipă de terapeuţi s-a divizat în două perechi iar fiecare din acestea a urmat o orientare uşor diferită de cea a celeilalte, astfel încât există, practic, două modele ale terapiei sistemice de familie. Astfel, Selvini-Palazzoli şi Prata s-au ocupat de efectele unei singure intervenţii terapeutice, în timp ce Boscolo şi Cecchin s-au centrat pe dezvoltarea unor noi metode de training. Din 1982, Prata şi Selvini-Palazzoli s-au separat şi au lucrat pe cont propriu. Din acest motiv, în acest capitol vom detalia caracteristicile modelului iniţial al terapiei sistemice, adică cel al Şcolii de la Milano, dar vom menţiona şi noutăţile aduse de noua orientare sistemică a lui Boscolo şi Cecchin.

Premise conceptuale

Şcoala de la Milano a fost denumită „sistemică" deoarece are la bază gândirea sistemică a lui Gregory Bateson (conceptele şi metodele acestuia), dar a primit influenţe semnificative şi din partea lui Jan Haley, precum şi din partea orientării reprezentan-

ţilor Institutului de Cercetări Mentale, drept pentru care terapia sistemică este denumită uneori şi „o variantă a modelelor strategice sau comunicaţionale" (Walsh, McGrow, 1996, p. 74). Bineînţeles, membrii echipei milaneze aveau la bază pregătirea psihanalitică, dar ei au fost profund nemulţumiţi de rezultatele minimale pe care le aveau după în urma numeroaselor şedinţe psihanalitice, în special în cazurile pacienţilor cu tulburări psihice severe (de exemplu, pacienţii cu diagnosticul de schizofrenie sau tulburare alimentară). De aceea, ei şi-au elaborat treptat propria lor teorie, dar au păstrat din modelul psihanalitic ideea că pattern-urile interacţionale se păstrează de la o generaţie la alta, drept pentru care terapeutul sistemic consideră importantă istoria familiei pe care o are în cabinet.

Ideea de bază a terapiei sistemice este aceea de sistem, aşa cum este ea înţeleasă de conceptualizarea teoriei generale a sistemelor asupra comportamentelor umane, şi mai ales asupra familiei. Contribuţii semnificative la dezvoltarea teoriei sistemelor familiale au avut Gregory Bateson, Murray Bowen, Salvador Minuhin şi Jay Haley. Cele mai cunoscute şi importante *trăsături ale modelelor ce concep familia ca sistem sunt* (după Walsh şi McGrow, 1996, p. 5-6):

- Întregul este mai mare decât suma părţilor sale constitutive;
- Componentele unui sistem pot fi înţelese doar în contextul întregului sistem. Din moment ce comportamentul uman apare în context social, el poate fi înţeles doar în acest context;
- Cauzalitatea liniară este înlocuită de noţiunile de *cauzalitate circulară, simultană şi reciprocă;*
- Schimbarea uneia dintre părţile sistemului social (de ex. a unui membru al familiei influenţează toate celelalte părţi ale sistemului (de ex. întreaga familie);
- Tendinţa unui sistem este de a căuta să-şi menţină homeostazia sau echilibrul. Această funcţie de menţinere a homeostaziei serveşte la păstrarea stabilităţii, iar uneori împiedică schimbarea;
- Când o familie nu mai este în echilibru, mecanismele de feed-back încearcă *să readucă familia în echilibrul iniţial;*
- *Metodele folosite pentru a restaura echilibrul* (de ex. ce anume face familia pentru a rezolva problemele apărute în interiorul ei) *pot deveni ele însele probleme;*
- Intervenţiile dintr-o perspectivă sistemică se centrează mai curând pe relaţiile din interiorul întregului sistem familial, decât pe unul dintre membrii familiei (de ex. pe cel care prezintă simptomul).

Caracteristici ale terapiei sistemice

Terapia sistemică are în vedere însă nu doar **sistemul familial**, ci şi **sistemul terapeut-familie,** deoarece pleacă de la *premisa că terapeutul nu reprezintă un element exterior familiei, ci unul direct implicat în viaţa acesteia,* cel puţin pentru un anumit timp. Mai mult, iniţial echipa de terapeuţi ai Şcolii de la Milano forma o echipă în adevăratul sens al cuvântului, adică întreaga echipă participa la procesul terapeutic, însă doar unul dintre ei sau doi terapeuţi lua contact direct cu familia. Astfel se *înlătură bariera dintre sistemul familial şi terapeut,* ceea ce duce şi la *modificarea conceptului de „neutralitate" a terapeutului* pe care îl susţinea abordarea psihanalitică (vom reveni asupra analizei neutralităţii când vom detalia procesul terapeutic).

O altă caracteristică a terapiei sistemice este *accentul pus*

mai mult pe **procesul schimbării**, *şi mai puţin pe modalităţile de menţinere a homeostaziei.* Aşa cum menţionam mai devreme, una dintre tendinţele sistemului familial este aceea de a-şi menţine echilibrul. În această încercare, atunci când familia se confruntă cu o dificultate, metodele folosite pentru a o înlătura pot deveni la rândul lor probleme, ceea ce afectează echilibrul familiei. Totuşi, familia va face tot ce este posibil pentru a menţine echilibrul care îi permite să existe şi în continuare. De aici ideea terapeuţilor de orientare sistemică conform căreia *simptomul (problema cu care se prezintă familia la terapie) serveşte o anumită funcţie în sistemul familial.* De regulă, această funcţie este aceea de a susţine şi promova anumite idei, credinţe, percepţii sau fantasme (numite general „mituri") ale sistemului familial ce duc la anumite tipuri de comportamente menite să menţină stabilitatea sistemului familial. De aceea, este nevoie ca terapeutul să formuleze încă de la început *ipoteze cu privire la rolul pe care îl joacă simptomul în echilibrarea sistemului familial.* Pentru asta, el trebuie să aibă în vedere nu doar simptomul, ci şi cogniţiile şi comportamentele familiei pentru a-şi orienta intervenţia terapeutică. Fiind centraţi mai mult pe procesul schimbării, terapeuţii de orientare sistemică distanţează în timp şedinţele pentru a permite intervenţiilor lor să acţioneze şi să aibă efecte maximale. Din acest motiv, terapia sistemică a mai fost denumită şi **terapie de familie „de lungă-scurtă durată"**, ea fiind scurtă prin numărul relativ mic de şedinţe (între 5 şi 8 şedinţe, maximum menţionat fiind 12), dar lungă datorită intervalelor lungi de timp dintre şedinţe (Tomm, 1984, p. 122).

Importanţa **sistemului de credinţe** al familiei reiese foarte clar din ceea ce Boscolo şi colaboratorii săi spuneau în 1987: „Chiar de la început grupul de la Milano consideră în mod serios faptele mentale drept comportamente. Filosofia lor cu privire la

schimbare e legată de ideea că familiile vin cu «planuri» despre ceea ce se întâmplă, iar terapeutul încearcă să modifice aceste «planuri»... Ei caută un «mit» sau o «premisă» care aparent menţine comportamentele ataşate de problemă şi încearcă să menţioneze această premisă sau mit în mesajele lor către familie. Deseori ei fac comentarii cu privire la rolul problemei într-un astfel de mit." (p. 19)

De aici apare şi **paradoxul** pe care terapeuţii de orientare sistemică l-au subliniat: familiile vin la terapie pentru a se schimba, dar, totuşi, *acţiunile fiecărui membru al familiei caută să împiedice procesul schimbării, tocmai pentru a nu pierde stabilitatea/echilibrul obţinut cu ajutorul simptomului.* Mesajul comun este, după cum arată Tomm : *„Ne confruntăm cu asta (membrul simptomatic care trebuie să se schimbe)... dar noi ca familie suntem în regulă... (şi intenţionăm să rămânem neschimbaţi)"* (1984, p.115). În felul acesta, încet dar sigur, grupul de la Milano au devenit *conştienţi că o parte a familiei nu se putea schimba decât dacă se făceau modificări complementare în întreaga familie.*

Înţelegerea acestei nevoi de a oferi schimbări complementare în toţi membrii familiei a dus la *crearea unor intervenţii care să spargă bariera pusă de nevoile paradoxale ale familiei de a se schimba, dar şi de a rămâne stabilă, în acelaşi timp.* Intervenţiile au luat forma **contraparadoxului** care urmărea să înlocuiască paradoxul impus de familie: *„(deşi noi, ca terapeuţi, suntem definiţi ca agenţi ai schimbării), noi credem că voi nu ar trebui să vă schimbaţi pentru că asta vă va ajuta la..."* (Tomm, 1984, p. 115). Această intervenţie paradoxală oferă o conotaţie pozitivă tuturor pattern-urilor cu rol de păstrare a echilibrului familial; în felul acesta, familia este pusă în situaţia de a alege, mai mult sau mai puţin conştient, varianta schimbării, pentru că alegând cealaltă

variantă (cu toată „binecuvântarea“ terapeutului) va ajunge în impas, ceea ce va provoca automat schimbarea, tocmai pentru a se păstra homeostazia.

O altă idee a lui Bateson care a marcat lucrul terapeutic al grupului de la Milano a fost aceea că **sistemul evoluează, chiar dacă el pare a fi blocat.** De aici au apărut intervențiile terapeutice care introduc noi conexiuni și cele care introduc noi distincții în gândire sau acțiune. Astfel, informația este introdusă fie explicit, prin *reformulare,* fie implicit, prin *prescrierea unui ritual familial.* În ambele cazuri, terapeutul acționează ca un catalizator, *scopul* său fiind cele *de a activa un proces în care familia va crea noi pattern-uri comportamentale și credințe care să susțină acest proces de creare de noi pattern-uri* (Tomm, 1984).

Foarte util pentru practica terapeutică s-a dovedit a fi ideea modelului sistemic care se referă la *considerarea fenomenelor mentale ca reflexe ale fenomenelor sociale.* Deci, o problemă mentală este o problemă în interacțiunea socială. Construită pe ideea **cauzalității circulare** (o parte a sistemului le influențează pe toate celelalte, care, la rândul lor, prin feed-back, influențează acea parte) și transpusă în terapie, această idee duce la intervenții terapeutice care să vizeze *pattern-urile interacționale* și mai puțin problemele intrapsihice ale indivizilor luați izolat. Prin asta se *diminuează sentimentele de vină și responsabilitate pentru schimbare care* inundau psihicul clientului simptomatic, crescând responsabilitatea fiecărui membru al familiei aflat într-o anumită relație cu acesta. Deci, fiecare membru al familiei este considerat ca participant la menținerea simptomului, și deci, toți membrii trebuie să își modifice pattern-urile interacționale.

Merită menționat însă că, deși apelează foarte frecvent la principiul cauzalității circulare, grupul de la Milano nu consideră gândirea liniară (A îl influențează pe B) ca incorectă, ci doar limitată pentru scopurile terapiei de familie.

De asemenea, grupul de la Milano s-a concentrat și pe **„tirania condiționării lingvistice“** (Selvini-Palazzoli și colab., 1978, p. 51) care, chiar datorită naturii ei, îi face pe terapeuți și clienți să gândească într-o manieră liniară, intrapsihică, care ignoră contextul. Astfel, grupul a modificat verbul *„a fi“* cu *„a părea“* și *„a arăta“*, pentru a oferi o nouă viziune asupra familiei. De regulă, auzim clienții spunând: *„tatăl e depresiv“*, în loc de *„tatăl manifestă/trece printr-o depresie“*. Prima formulare scoate tatăl din contextul în care se află. Ultima implică ideea că acel comportament face parte dintr-un context mai larg și ne trimite cu gândul la efectele pe care manifestarea depresiei le are asupra familiei. De aceea, terapeuții sistemici atrag atenția asupra „etichetelor“ pe care suntem tentați să le atribuim clienților și deci, să spunem, mai degrabă, că un copil se *comportă* agresiv, în loc de *este* agresiv. Deși nu putem să ne eliberăm total de sub tirania lingvistică, putem totuși cu efort conștient să folosim limbajul în mod util, prin metafore și povești, pentru a provoca schimbarea în familie. Cu alte cuvinte, schimbarea va fi adusă de modificări în înțelesuri sau acțiuni.

Scopurile terapiei sistemice

Se poate deduce din ceea ce am spus mai sus că **scopul terapiei sistemice** de familie este acela de *a ajuta familia să descopere, să întrerupă și, eventual să schimbe regulile „jocurilor“ lor, adică ale dinamicii relaționale pe care se bazează disfuncția familiei.* O familie e considerată disfuncțională când există în interiorul sistemului acesteia pattern-uri interacționale blocate, rigide, care, fie au

fost preluate din generațiile anterioare, fie aparțin familiei actuale. Familiile disfuncționale folosesc „planuri" vechi, devenite inutile pentru reflectarea realității curente pentru a ghida comportamentele actuale. Astfel, jocurile familiei dau naștere unor simptome care aduc familia la terapie. Este evident faptul că soluția găsită de familie la problema cu care se confruntă va fi diferită de scopul pe care îl va avea terapeutul. Acesta va urmări nu doar eliberarea de simptom și schimbarea proceselor interpersonale, dar va dorește și ca familia să înțeleagă rostul simptomului (conexiunile dintre simptom și „jocul" familiei). Un alt scop este acela *de a determina familia să creeze căi diferite pentru flexibilizarea modalităților de relaționare din interiorul său.*

Procesul terapeutic

Pentru atingerea scopurilor formulate, terapeuții de orientare sistemică folosesc în lucrul lor cele trei principii fundamentale (amintite pe scurt mai devreme) ale acestei orientări:

- formularea ipotezelor
- neutralitatea
- circularitatea

Formularea ipotezelor se referă la *supozițiile pe care echipa terapeutică, în colaborare cu familia, le face cu privire la natura problemei familiei.* Aceste ipoteze nu sunt supuse unei judecăți de valoare, astfel că ele nu sunt considerate bune ori rele, ci se acceptă sau nu în funcție de *utilitatea* lor în procesul de aflare a unor noi informații care ar putea determina schimbarea sistemului familial. În modelul clasic al grupului de la Milano, aceste proces de formulare de ipoteze, considerat procesul central în terapie, se realiza înainte de a se întâlni familia, în așa-numita **președință**. Ea

avea deci o importanță deosebită, deoarece echipa terapeutică aduna și analiza datele despre familie obținute prin telefon de infirmieră (este vorba de un prim interviu scurt, telefonic), atunci când centrul era contactat de familie pentru a stabili o întâlnire. Deși informațiile erau destul de limitate, terapeuții puteau extrage suficiente date sigure, ce ofereau o bază de plecare terapeutului care urma să lucreze direct cu familia. Ipotezele cu care terapeutul debuta ședința puteau fi confirmate sau infirmate de mărturiile și informațiile care veneau în cursul ședinței. Informațiile provin din observarea interacțiunilor, din răspunsurile date la indicațiile terapeutice, din întrebările puse.

Ipotezele formulate de echipa terapeutică au rolul de a ghida terapeutul în chestionarea membrilor familiei cu privire la rolul simptomului în sistemul familial. Întrebările adresate familiei vizează chestiuni specifice ale contextului familial. De exemplu: *„Ce anume v-a determinat să apelați la terapie?", „Cine beneficiază cel mai mult de situația actuală?"* sau *„Care este motivația pentru schimbare?"*.

În modelul clasic al grupului milanez, răspunsurile la întrebări confirmau sau respingeau ipotezele, iar procesul de formulare de ipoteze se oprea la prima ședință cu familia. Ulterior, după scindarea grupului, s-a depășit această limită, elaborarea de ipoteze devenind un proces ce se continua de-a lungul întregii interacțiuni cu sistemul familial, din necesitatea de a se plia pe *unicitatea* fiecărei familii cu care se vine în contact. Astfel, *răspunsurile date de familie la întrebările terapeutului vor da naștere la noi ipoteze de lucru* ce vor duce la o înțelegere mai aprofundată a organizării și funcționării sistemului familial și la o planificare a intervențiilor terapeutice.

De asemenea, modelele noi de terapie sistemică au dezvol-

tat ideea *autonomiei familiale* şi s-a ajuns la concluzia că *nu se poate trasa o graniţă clară între familiile disfuncţionale şi cele funcţionale,* adică între cele sănătoase şi cele patologice. De aceea, timpul rezervat preşedinţei s-a redus considerabil, iar ipotezele şi planurile de lucru se formulează în contactul direct cu familia şi împreună cu aceasta. Această manieră diferită de lucru a noii orientări sistemice *„îl eliberează pe terapeut din capcana presupunerii că ştie care este realitatea. De asemenea, îl eliberează de materializarea ipotezelor echipei (materializare care devine un pericol dacă se uită că acest proces există şi astfel ne autoinducem în eroare crezând că noi nu participăm la crearea universului fenomenelor umane"* (Burbatti, Castoldi, Maggi, 1993, p. 64)

Deci ipotezele sunt gândite mai puţin ca descrieri posibile din partea unui observator cu privire la pattern-urile şi interacţiunile de comunicare ce s-au cristalizat în timp, ca explicaţii temporale sau cauzale ale evenimentelor sau secvenţelor de evenimente (pentru a deduce cum funcţionează familia şi cum va evolua ea), şi mai mult ca mijloace de promovare a unei interpretări comune care nu depinde de observator-terapeut, ci de interacţiunea acestui observator cu un sistem particular. Burbatti, Castoldi şi Maggi (1993) atenţionează: *„Când cineva elaborează ipoteze, trebuie să ţină minte că sistemul familial contribuie activ, aplicându-şi premisele şi categoriile descriptive la aceleaşi fenomene observate de terapeut"* (p. 65)

Neutralitatea presupune, în modelul Şcolii de la Milano, *ca terapeutul să adopte o poziţie liberă de orice judecăţi morale şi o distanţă psihologică egală faţă de fiecare membru al familiei.* Prin asta, terapeutul şi echipa susţin fiecare membru al familiei în mod egal. Se poate simţi în mod evident influenţa psihanalitică asupra rolului terapeutului. Aşa cum au observat însă criticii acestui tip

de neutralitate, terapeutul ar trebui să îşi controleze meticulos în timpul observaţiei limbajul verbal şi cel nonverbal. În practică, acest gen de terapeut „aseptic", exterior, este greu de realizat şi nici nu este de dorit. Şi asta deoarece nu s-ar putea ajunge la acea participare activă a terapeutului în procesul interacţional cu sistemul familial, în procesul de creare colectivă a unui teritoriu al semnificaţiilor comune.

De aceea, *s-a revizuit acest concept,* ajungându-se la ideea că *neutralitatea* se referă la *„atitudinea globală a terapeutului în raport cu totalitatea sistemului"* (Burbatti, Castoldi, Maggi, 1993, p. 66). În felul acesta, intervenţiile terapeutului vor avea conotaţii pozitive sau negative în conformitate cu răspunsurile primite din partea familiei referitoare la comunicările individuale ale membrilor. Asta va duce şi la alianţe temporare cu unul sau altul dintre membrii familiei, de regulă cel aflat în poziţie de inferioritate, dacă asta ajută la implementarea schimbării în sistemul familial. Asta nu înseamnă însă că terapeutul nu tinde spre un echilibru al relaţiilor lui cu fiecare membru al familiei. Este în continuare valabil pentru acest concept fundamental al terapiei sistemice ca terapeutul să se abţină de la judecăţi de valoare cu privire la orice element caracteristic al familiei din faţa sa, dar şi să manifeste respect pentru modul de a fi, de a înţelege lumea şi de a acţiona al familiei. Orice grup social, şi deci şi familia, funcţionează datorită unor reguli care derivă din propria concepţie despre lume, iar aceasta, natural, se conectează cu contextul particular al grupului respectiv. Terapeutul nu e chemat să judece, ci să înţeleagă şi să accepte chiar şi puncte de vedere care nu fac parte din sistemul său de valori.

Acest principiu este cu atât mai greu de menţinut cu cât dorinţa sau tendinţa de a intra într-o legătură mai puternică cu familia, pentru a o ajuta, este mai mare. Dar nu trebuie uitat că, prin

intervenţia sa, terapeutul creează un nou sistem, cel terapeut-familie, iar orice acţiune a terapeutului ar putea fi capabilă să distrugă echilibrul pe care familia reuşise să îl obţină în timp cu o serie de ajustări. Astfel, terapeutul trebuie să manifeste mare grijă pentru *a facilita deschiderea unui drum pentru familie către un nou tip de echilibru.*

Circularitatea, derivată din conceptul lui Bateson de cibernetică circulară şi cel de cauzalitate circulară, se referă la *centrarea pe relaţiile existente în interiorul sistemului familial, mai ales pe cum sunt ele percepute diferit de fiecare dintre membrii familiei.* Asta presupune ca terapeutul *să chestioneze un membru al familiei referitor la modul în care el percepe relaţia dintre alţi membrii ai familiei.* Este vorba de aşa-numitul *„model triadic"*, în care se pun întrebări circulare ce aduc o nouă lumină asupra faptelor şi comportamentelor din familie. Aceste întrebări circulare sunt *o tehnică,* un instrument terapeutic extrem de util, deoarece, atunci când se adresează o întrebare unei componente a sistemului familial despre relaţia dintre alţi doi membri, terapeutul obţine, în replică, *o definiţie a relaţiei pe care cel întrebat o are cu cele două persoane.* Dar să ne oprim mai mult asupra întrebărilor circulare, dar şi a celorlalte tehnici terapeutice.

Tehnicile terapiei sistemice

Întrebările circulare, prin faptul că *cer unui membru al familiei să comenteze sau să speculeze cu privire la credinţele, sentimentele şi comportamentele altor membri ai familiei, se folosesc şi pentru a diagnostica sistemul familial,* oferind ocazia terapeutului şi/sau echipei să descopere dinamica sistemului familial, să dezvolte, să testeze şi să nuanţeze ipotezele iniţiale.

Iată câteva exemple:

- *„Dacă sora ta ar pleca de acasă, cine crezi că se va supăra cel mai rău?"*
- *„Dacă îl întreb pe tatăl tău, cu cine crezi că va fi el de acord: cu mama sau cu fratele tău?"*
- *„Când fratele tău începe să îşi piardă controlul, ce face tatăl tău?"*
- *„Părinţii tăi se ceartă mai mult după ce tatăl tău s-a îmbolnăvit?"*
- *„Ce crezi că o determină pe mama ta să nu îţi audă dorinţele?"*
- *„Cum aţi descrie relaţia dintre soţul dumneavoastră şi copii?"*

Evident, evaluarea răspunsurilor la aceste tipuri de întrebări nu se limitează doar la canalul verbal, ci dimpotrivă, expresivitatea nonverbală a celui care răspunde este extrem de edificatoare, analizarea ei de terapeut permiţându-i acestuia o mai bună înţelegere a relaţiilor din familia observată.

Mai mult, întrebările circulare fac posibilă *clarificarea concepţiilor diverse ale altor membrii şi compararea diferitelor puncte de vedere individuale.* Acest lucru este util atât pentru terapeut, cât şi pentru clienţi, căci ei devin conştienţi de cum este organizată şi cum funcţionează familia lor. De asemenea, facilitează formularea ipotezelor, pentru că prin răspunsul persoanei se fac presupuneri, se reexaminează prezumţiile şi se stabilesc conexiuni între evenimente.

Burbatti, Castoldi şi Maggi (1993) atrag atenţia asupra folosirii excesive a întrebărilor circulare care ar avea riscul „împărtăşirii" unei atmosfere artificiale în timpul şedinţei. Uneori membrii familiei devin obosiţi, iritaţi atunci când încearcă să urmărească

calea destul de întortocheată a terapeutului şi exprimă aceste sentimente în timpul şedinţei de cele mai multe ori într-o manieră nonverbală. De aceea, terapeutul trebuie să fie totdeauna conştient de ceea ce se întâmplă cu membrii familiei şi să fie receptiv la mesajele lor.

Alte **tehnici terapeutice** utilizate în orientarea sistemică, alături de formularea ipotezelor şi întrebările circulare, sunt:

Utilizarea conotaţiei pozitive, a motivelor pozitive atribuite pattern-urilor comportamentale simptomatice ale unui membru sau ale familiei. Această tehnică, denumită în alte orientări reformulare, este considerată fundamentală pentru obţinerea succesului în orientarea şcolii milaneze.

Prescrierea simptomului este o tehnică paradoxală prin care familia, sau doar un membru al acesteia, este direcţionată spre a manifesta în continuare simptomul pentru care s-a prezentat la terapie. Dacă această indicaţie este urmată, se demonstrează că simptomul se află sub controlul voluntar al persoanei sau familiei; dacă nu se urmează, înseamnă că familia a renunţat la simptom şi poate funcţiona fără el. Spre deosebire de prescrierea simptomului pe care o găsim la Haley în modelul strategic, cea utilizată de grupul de la Milano nu are ca scop apariţia mecanismelor defensive, a rezistenţelor, ci stimularea capacităţilor familiei de a găsi propriile soluţii la simptomul cu care se confruntă.

Mesajele diferite din echipa terapeutică reprezintă un tip de prescriere în care familia primeşte un mesaj din partea echipei terapeutice prin care aceasta din urmă declară că are păreri sau idei diferite de cele ale terapeutului care lucrează direct cu familia referitoare la o anumită chestiune aflată în discuţie. Scopul urmărit este cel de a permite familiei să găsească propriile explicaţii şi rezolvare. De exemplu, se poate spune sau scrie (printr-o scrisoare) familiei că *„Jumătate din echipa terapeutică consideră că tatăl manifestă grijă atunci când îşi protejează fata de mamă; cealaltă jumătate consideră comportamentul tatălui ca o cale de a o ajuta pe mamă să se descurce cu fata care este destul de puternică".*

Ritualurile şi ceremoniile sunt metode prin care se prescriu anumite tipuri de comportamente menite să modifice jocurile familiei. Terapeutul trebuie să fie foarte minuţios în descrierea detaliilor specifice (adică cine, unde, ce, când, cum etc.) ale ritualului pe care familia trebuie să îl urmeze pas cu pas. Iată un exemplu (Selvini-Palazzoli şi colab., 1978, p. 5):

„Din două în două zile – marţea, joia şi sâmbăta – începând de mâine până la şedinţa viitoare, şi între orele...şi ...(asiguraţi-vă că toată familia este acasă între aceste ore) indiferent de ce face X (numele celui care prezintă simptomul, urmat de toate comportamentele simptomatice pe care le are – copilul, de exemplu-), tatăl va decide singur, la discreţie, ce să facă cu X. Mama va trebui să se comporte ca şi cum nu ar fi acolo. În celelalte zile – lunea, miercurea, vinerea – la aceleaşi ore, indiferent de ce va face X, mama va avea puterea de a decide ce va fi necesar să se facă referitor la X. Tatăl va trebui să se comporte ca şi cum nu ar fi acolo. Duminica, toată lumea se va purta în mod spontan. Fiecare părinte, în ziua care îi este adresată, trebuie să scrie într-un jurnal orice încălcare din partea partenerului său a regulii de a nu se amesteca.

În unele cazuri sarcina de a înregistra în jurnal posibilele greşeli ale părinţilor se poate încredinţa unui alt copil sau chiar pacientului însuşi dacă acesta este capabil să o îndeplinească.

Prescrierile invariante reprezintă un tip specific de prescriere pe care Selvini-Palazzoli îl foloseşte în cazul familiilor cu copii schizofrenici sau anorexici. Ele au la bază ideea că aceşti copii încearcă prin simptomul lor să rezolve impasul în care se află relaţia dintre cei doi părinţi. De aceea, părinţii vor fi intervievaţi singuri şi li se vor da aceste prescripţii pentru a trasa o graniţă clară şi stabilă între cele două generaţii. Iată un exemplu tot din Selvini-Palazzoli (1986, p. 341-342):

„Ţineţi secret tot ce am discutat în această şedinţă. Din când în când, ieşiţi seara înainte de cină în oraş. Nimeni nu trebuie avertizat că veţi pleca. Lăsaţi doar un bileţel pe care să scrieţi «Nu vom fi diseară acasă». Dacă, atunci când vă întoarceţi, unul din copii vă va întreba unde aţi fost, răspundeţi calm «Asta ne priveşte doar pe noi doi». Mai mult, ţineţi fiecare un jurnal, bine ascuns şi departe de copii, în care veţi nota data şi veţi descrie comportamentul verbal şi nonverbal al fiecărui copil, al altor membrii ai familiei, pentru că este extrem de important ca nimic să nu fie uitat sau omis. Data viitoare veniţi tot singuri, cu jurnalul, pentru a citi tare ce s-a întâmplat între timp".

Dispariţia părinţilor reprezintă o componentă a prescrierii invariante în care părinţii „dispar" dându-le copiilor informaţii minimale referitoare la acţiunile lor. Se urmăreşte astfel să se descopere şi să se modifice jocurile familiei.

Părinţii-terapeuţi este o tehnică (sau un proces terapeutic) folosită de regulă în şedinţa a patra, după ce părinţii au demonstrat că au putut ţine secretul faţă de copii. Terapeutul denumeşte apoi părinţii drept co-terapeuţi şi, astfel, *„cuplul patogenic se transformă în cuplul vindecător al copilului lor, prin asta, vindecându-se ei înşişi prin modificarea pattern-urilor relaţionale"* (Selvini-Palazzoli şi colab., 1989, p. 236)

Contraparadoxul reprezintă tehnica menită să inducă mesaje contradictorii în sistemul familial. Cel mai frecvent contraparadox utilizat de Selvini-Palazzoli este cel prin care se informează familia că deşi terapeuţii sunt agenţi ai schimbării, ei nu doresc ca familia să schimbe ceea ce pare a fi un echilibru în cadrul ei, şi de aceea prescriu să nu se facă nici o schimbare deocamdată.

Instigarea este tehnica prin care unul dintre membrii familiei îl aţâţă pe un altul împotriva unui al treilea, ca parte a unui proces interacţional aflat în desfăşurare.

Etapele procesului terapeutic

Selvini-Palazzoli şi colaboratorii săi au descris 4 etape sau faze ale procesului terapeutic (după Burbatti, Castoldi, Maggi, 1996):

1. **Preşedinţa** – în care echipa terapeutică *analizează datele disponibile* (din formularele telefonice, fişele conţinând date despre eventualele şedinţe anterioare) şi elaborează variate ipoteze cu privire la natura problemei familiei, la jocurile acesteia, ipoteze ce vor constitui suportul terapeutului la intrarea acestuia în contact direct cu familia.

2. **Şedinţa propriu-zisă** – în care *echipa se sparge în două grupuri:* cel care va intra în contact direct cu familia (iniţial lucrau doi terapeuţi, un bărbat şi o femeie, dar, actualmente, doar un singur terapeut claborează cu familia) şi cel care observă (direct, prin oglinda unidirecţională sau prin urmărirea înregistrărilor video). Terapeutul (sau terapeuţii) strânge (strâng) informaţii de la familie pentru a testa ipotezele ce au fost formulate de echipă în preşedinţă. În acelaşi timp, el introduce informaţii în sistemul familial prin întrebările circulare, observaţii metacomunicative, punctări şi clarificări. Uneori, prima şedinţă propriu-zisă este singura ocazie în care echipa poate aduna informaţii despre contextul social mai larg în care familia există, deoarece la această primă şedinţă pot participa şi membri ai familiei extinse sau alţi participanţi la viaţa familială (de exemplu vecini, prieteni, asistente medicale, baby-siteri etc.).
3. **Postşedinţa** - în care echipa reunită analizează şi trage concluzii cu privire la situaţia existentă, ia în considerare atât noile informaţii, cât şi ipotezele formulate şi verifică dacă acestea din urmă sunt utile în construirea planului explicativ referitor la desfăşurarea jocului familial.
4. **Intervenţia finală** – terapeutul reintră în cabinetul de terapie şi comentează ce s-a descoperit prin conversaţia cu echipa observatoare sau prescrie o sarcină ce trebuie îndeplinită, după care părăseşte familia. În general, intervenţia finală se prezintă sub forma unei prescrieri (paradox, ritual etc.), care va fi formulată clar, concis, în termeni accesibili familiei. Terapeutul nu comunică niciodată direct ceea ce crede echipa despre caz, deoarece se foloseşte acest element de mister pentru formularea paradoxurilor, contraparadoxurilor, a mesajelor neclare ce vizează tocmai confuzia familiei, confuzie ce va stimula generarea de către familie a unor noi soluţii la problema cu care se confruntă.

Există şi o a cincea etapă, adăugată nu de Selvini-Palazzoli, ci de Burbatti şi colaboratorii, care se desfăşoară însă în afara limitelor spaţiale ale cabinetului terapeutic (unde are loc interacţiunea terapeut-familie), dar nu şi în afara contextului terapeutic:

5. **Procesarea feed-back-ului din partea familiei** – feed-back-ul rezultat din intervenţia finală a şedinţei anterioare, ce acţionează ca un input, este luat în considerare în şedinţa viitoare şi analizat de întreaga echipă terapeutică. Având în vedere că modificările privesc întregul grup familial, este necesar să se acorde suficient timp pentru a avea loc restructurarea urmărită prin intervenţia terapeutică folosită. De aceea, *perioada de timp dintre şedinţe este de regulă de o lună, dar se poate întinde şi pe intervale mai mari.*

Întregul proces se va relua la următoarea întâlnire cu familia. De regulă, la a doua întâlnire, doar membrii familiei nucleare sunt invitaţi să participe. Acum se recunosc modificările apărute şi se explorează mai în detaliu chestiunile mai intime, ce nu puteau fi dezvăluite altor persoane din afara familiei nucleare. Se petrece mai putin timp pentru problema pentru care s-a cerut ajutor. După Walsh şi McGrow, al doilea interviu are următoarele trei componente:

1. *Faza de conectare:* terapeutul continuă să strângă informaţii de la familie, iar familia este învăţată să observe şi să recunoască diferenţele

2. *Faza de analiză:* analiza se centrează pe interacţiunile din nucleul familiei

3. *Faza de testare:* terapeutul testează motivaţia familiei şi explorează părţile sistemului familial care vor susţine întreruperea jocurilor familiale.

Terminarea terapiei va avea loc atunci când se va ajunge la un acord comun între terapuţi şi familie cu privire la momentul oportun în care aceasta să se producă. Echipa terapeutică întotdeauna respectă şi acceptă decizia familiei de a încheia terapia. De regulă, la sfârşitul terapiei, terapeutul avertizează familia că este posibil să existe reveniri ale simptomului sau se îndoieşte că efectele vor fi de lungă durată. Scopul acestor avertizări este, evident, de a normaliza eventualele recăderi.

În varianta revizuită a modelului sistemic de terapie de familie, preşedinţa s-a condensat semnificativ, ea aproape dispărând şi lăsând locul întâlnirii directe cu familia.

O altă diferenţă vizează procesul formulării ipotezelor care începe, aşa cum am mai menţionat, abia după ce se intră în relaţie cu sistemul familial. Mai mult, se formulează doar o singură ipoteză, preliminară, nu mai multe cum se întâmpla în modelul clasic, iar aceasta va fi dezvoltată ulterior în cadrul şedinţei terapeutice. De asemenea, în cadrul aceastei şedinţe, terapeutul se preocupă mai mult de relaţia ce există între familie şi persoana care i-a recomandat acesteia terapia, iar ipoteza se va referi la această relaţie.

Merită (re)amintită aici şi diferenţa de atitudine terapeutică pe care noul model sistemic o aduce, aceea de a se coaliza cu unul dintre membrii familiei, dacă acest lucru este benefic pentru familie.

Se observă cum accentul se deplasează de la procesul formulării ipotezelor – în modelul clasic - la procesul interacţiunii dintre

echipa terapeutică şi sistemul familial. Tocmai această interacţiune s-a dovedit a fi un stimul esenţial pentru procesul de restructurare a sistemului familial.

Ilustrăm procesul terapeutic familial de orientare sistemică cu un caz de dereglare psihică, cu complicaţii serioase alimentare, la un bărbat cu sindrom Down (preluat din Burbatti, Castoldi şi Maggi, 1993, p. 29 - 37) :

Studiu de caz

Pacientul era un bărbat de 24 de ani, Marco, al cărui caz avea serioase implicaţii organice, căruia i s-a dat într-un târziu diagnosticul de anorexie nervoasă. A primit acest diagnostic în ultima perioadă de spitalizare. Prognoza era aceea a decesului în cel mult o lună. După primul interviu în spital, au trecut 2 luni. Acum are loc interviul cu noi în care se prezintă următorul profil clinic: cardiopatie Eisenmenger, atrofie la un rinichi, dereglări gastrice şi hemoragie intestinală. Recomandarea de a se face terapie de familie fusese făcută de medicul personal la care familia se întorsese pentru a cere sfaturi, după ce tânărul fusese eliberat din spital de către medici (care declaraseră că nu sunt capabili să trateze anorexia nervoasă). Terapia de familie ar fi fost un ultim efort într-o situaţie care nu oferea o altă alternativă. Oricum, nici medicul de familie şi nici familia nu aveau mare încredere în el.

În primele 6 luni, pacientul vomitase persistent şi cu câteva săptămâni înainte de a veni la noi nu mai putuse să mănânce mâncare solidă. Cu câteva zile înainte de prima şedinţă de terapie, Marco nu mai putea să consume cei 2 litri de lapte pe zi, care până atunci reprezentaseră singura sursă de hrană. Tânărul avea hemoragie intestinală persistentă şi cântărea 36 kg, faţă de greutatea sa

normală, de 52 kg.

Pacientul era al treilea născut din cei 4 frați (2 fete și 2 băieți). Una din cele două surori trăia în Germania, unde era căsătorită, iar familia locuia aici (în Italia, N. Trad.) de mulți ani datorită unui transfer de muncă al tatălui, care era director în domeniul instrumentelor de precizie. După pensionarea tatălui cu doi ani în urmă, părinții și cei doi frați se mutaseră înapoi în Italia.

Luke, cel mai tânăr din cei doi frați, era în ultimul an de liceu. Marco era angajat într-un centru de educație socială, la care nu se ducea regulat din cauza sănătății sale șubrede. Oricum, acesta era motivul dat de familia lui pentru prezența sa neregulată și lucrătorii de la centru erau alarmați de deteriorarea progresivă a sănătății lui Marco. Ca urmare, evitau să îl pună la un program de învățare ori la activități recreaționale. Pacientul era așa de slăbit, încât nimeni nu putea să facă o propunere concretă, chiar nici pentru o activitate cu timp redus.

Prima consultație a fost dedicată în întregime formulării unui diagnostic și înțelegerii a ceea ce familia spera să realizeze prin terapia de familie. Echipa de terapeuți formulase deja două ipoteze diferite în etapa președinței.

Prima ipoteză era aceea că simptomatologia putea fi atribuită simptomelor patologice asociate cu sindromul Down, devenit mai acut, în particular din pricina dereglărilor gastrice preexistente, așa cum erau indicate în înregistrările clinice. Dacă așa stăteau lucrurile, stresul pe care pacientul îl punea pe seama problemelor alimentare putea să fie o reacție sub nivelul standard, reacție provenită din dorința de a nega un handicap împreună cu toate celelalte efecte ale sindromului Down care îl afectează progresiv pe tânăr. În acest fel, simptomele alimentare au permis părinților să-și îndepărteze atenția de la procesul ce privea manifestarea simptomelor caracteristice sindromului Down. Astfel, înrăutățirea condiției patologice organice a lui Marco ar fi fost negată, iar responsabilitatea pentru problemele fizice curente ar fi fost atribuită unor cauze externe (aceasta ar fi fost asociată cu un diagnostic de anorexie nervoasă). De aceea ne-am confruntat cu o dilemă: să refuzăm să ne ocupăm de un caz disperat, explicând părinților că boala fiului lor era deja într-un stadiu final și că nu era o boală psihică? Sau să acceptăm cazul pentru o boală pe care Marco nu o avea?

A doua ipoteză era aceea că pacientul își exprima dezordinea psihică într-un mod care includea sfera alimentară, deși aceasta nu era în concordanță cu profilul clinic al anorexiei nervoase. Dacă acceptam această ipoteză, atunci grija familiei în legătură cu problemele alimentare și cererea lor către noi de a ne ocupa de aspectele psihice ale condiției lui Marco nu ar fi fost o negare a gravității condiției lui organice. Deși părinții acceptaseră posibilitatea morții fiului lor din cauze naturale, ca urmare a evoluției spontane a sindromului Down, nu puteau tolera ideea că fiul lor ar putea să moară de foame. Din aceste motive a fost solicitată terapia, pentru a îndepărta dereglările psihice care reprezentau un risc pentru pacient, facilitând moartea acestuia, situație care nu a fost anticipată de istoricul clinic al lui Marco. Dacă așa stăteau lucrurile, era necesară psihoterapia, dar echipa de terapeuți nu era sigură de posibilitatea de a-și atinge scopurile. Ar permite condiția fizică îngrozitoare a pacientului să participe activ la ședințe și să tragă un folos din ele? Sau își supraestimau capacitatea lor profesională astfel încât nu mai puteau evalua obiectiv situația?

La finalul fazei de evaluare, echipa s-a împărțit în două tabere. Oricum, ambele părți erau de acord că aveau un imperativ deontologic de realizat, indiferent care dintre ipoteze se dovedea

corectă. Era necesară o evaluare a deciziei de a se accepta și familia în ședințele de terapie, pornind de la cererea lor explicită pentru intervenție, având ca singur scop rezolvarea dereglărilor alimentare. Fără excepție, echipa era de acord că viitorul nu era optimist, din cauza sănătății din ce în ce mai proaste a pacientului. Oricum, am fi simțit obligația de a nu abandona familia. Intervenția terapeuților ar fi fost cel puțin un suport pentru familie în perioada aceea dificilă. Echipa de terapeuți i-a comunicat familiei să revină peste o lună pentru a începe terapia pentru a rezolva problema alimentară și că erau optimiști, deși terapia ar fi putut cere o lungă perioadă de timp. În acest fel, un mesaj implicit a fost dat familiei. Marco era obligat să supraviețuiască pentru a face terapie.

Pacientul a sosit la prima ședință de terapie cu o extraordinară îmbunătățire fizică. Și testele clinice făcute între timp indicau această schimbare. Marco începuse să mănânce din nou și nu mai avea nici o hemoragie intestinală, deși vomitatul și o serie de ritualuri legate de mâncare persistau încă.

Pe măsură ce ședința a progresat, ipoteza că familia nu ar tolera ca apariția patologiei psihice să îi pună în pericol viața lui Marco apărea din ce în ce mai clară. Mama, vorbind în numele ei dar și a celorlalți, a spus că familia ar putea să accepte moartea lui Marco ca urmare a unor cauze organice, dar nu „pentru că Marco nu mai mănâncă".

Această a doua ședință era clar una crucială în care a devenit limpede faptul că era o dereglare de comunicare pe care terapeuții au asociat-o cu apariția simptomului. Părinții lui Marco au vorbit despre disconfortul lor față de întrebările lui permanente și insistente legate de faptul că era diferit de alții (fapte pe care el îl observase corect) și față de întrebările sale urgente și presante despre căsătoria lui, serviciul militar și obținerea permisului de

conducere. Aceste întrebări, asociate cu evenimentele normale din ciclul vieții unui tânăr sănătos de vârsta lui Marco, au creat anxietate aproape paralizantă pentru ceilalți membrii ai familiei și i-au stimulat să caute tot felul de căi pentru a-i răspunde fără a-l jigni sau răni. Întotdeauna evitau să-i spună clar adevăratul motiv pentru care dorințele sale nu puteau fi realizate, folosind diferite pretexte cum ar fi vârsta sau cardiopatia lui. L-au trimis și la specialiști pentru a obține răspuns la întrebările lui. Marco, având o serie de cunoștințe și nefiind întârziat mental profund, acceptase parțial logica răspunsurilor lor. Totuși maniera lor nu a funcționat bine; era ceva în legătură cu ea care nu îl satisfăcea. În ultimele luni, Marco nu a dat familiei nici un răgaz cu întrebările sale. În acest stadiu, vârsta lui nu-i permitea familiei să amâne explicațiile pe care el le cerea spunându-i că era prea tânăr.

În timpul ședinței, echipa de terapeuți a formulat ipoteza că Marco nu mai accepta reticența familiei și a cerut ca membrii acesteia să elucideze problema lui Marco și să comunice unul cu altul într-o manieră neechivocă. Marco a dat dovadă de interes, concentrându-se și implicându-se emoțional în procedurile ședinței, astfel încât echipa era convinsă de importanța problemei care a fost identificată: era pentru prima dată când familia lui Marco vorbise despre handicapul lui în prezența acestuia, dar și în prezența unui terapeut. Durerea și reticența lor erau de înțeles, dar trebuiau să trateze cu Marco într-o manieră clară și directă.

La sfârșitul ședinței li s-a dat sarcina de a continua să vorbească despre asta până la următoarea întâlnire care avea loc peste 3 luni. Ambii părinți urmau să observe cu mare atenție comportamentul lui Marco, notând întrebările pe care el le punea. Fiecare dintre ei urma să consemneze răspunsurile și explicațiile pe care celălalt le dădea și apoi urma să le discute împreună. Pentru a

menţine atmosfera liniştită, terapeutul le-a spus că puteau să hotărască ţinerea în secret a acestei sarcini faţă de copiii lor sau puteau să vorbească despre ea, dar dacă făceau acest lucru, trebuiau să vorbească cu ambii copii. Părinţii au acceptat, şi au fost rugaţi băieţii să intre înapoi în cameră. Şedinţa s-a încheiat în prezenţa tuturor.

După o vară, când familia s-a reîntors pentru a treia şedinţă, părinţii au dezvăluit că nu şi-au putut realiza sarcina (care nu fusese comunicată copiilor), deoarece Marco se oprise brusc din a mai pune întrebări.

Condiţia fizică a lui Marco era satisfăcătoare. Era o îmbunătăţire clară, observată şi în datele medicale. Marco câştigase 3kg, avea o alimentaţie aproape normală şi vomita sporadic. Îşi recăpătase buna dispoziţie şi arăta interes pentru activităţile zilnice de la centrul de educaţie socială.

Următorul pas al terapiei a fost să-i ceară lui Marco să frecventeze cursurile centrului zilnic, până la ora 14.00, deşi recunoşteau dificultăţile care puteau interveni (în acelaşi timp, centrul era în restructurare).

Două luni mai târziu, în a patra şedinţă, situaţia era deja stabilă în ce privea profilul clinic. Familia urmase instrucţiunile, şi Marco frecventase cu regularitate centrul fără a-şi fi compromis sănătatea. Părinţii au raportat că profesorii au fost foarte mulţumiţi de participarea activă a lui Marco. Singura problemă rămasă era refuzul lui de a mânca la centru. Chestionarea cu privire la cauza acestui comportament nu a relevat vreun elelment de patologie. Marco pur şi simplu prefera să mănânce acasă cu fratele său, fiind sigur că fiecare dorinţă a sa referitoare la mâncare era satisfăcută. Profesorii şi părinţii au preferat să nu adopte o poziţie rigidă faţă de această problemă pentru că erau încă îngrijoraţi.

S-a dezvăluit faptul că familia şi lucrătorii de la centru nu discutaseră pentru a găsi o strategie care să elimine noile dificultăţi pe care comportamentul lui Marco le prezenta în timpul mesei luate la centru. Problemele luării mesei (percepute de aceştia cauza comportamentului pacientului) erau de fapt consecinţele comportamentului ambiguu şi contradictoriu al celor două sisteme ale lui Marco: familia şi centrul. Claritatea sporită a comunicării intrafamiliale provocată de terapia în curs a adus o îmbunătăţire în condiţia psihică şi fizică ale lui Marco, dar existau încă modele comunicaţionale disfuncţionale în suprasistemul formal din familie şi al lucrătorilor centrului social educaţional pe care Marco îl folosea în avantajul său.

Existau şi diferenţe între cei doi părinţi cu privire la luarea mesei în centru. Tatăl, în timp ce împărtăşea grija soţiei pentru sănătatea fiului lor, a preferat ca Marco să mănânce cu colegii de şcoală, în timp ce mama, deşi recunoştea importanţa mesei în grup, a preferat să poată să îl verifice personal pe fiul ei în timp de mânca. Cele două poziţii diferite erau exprimate ca o comunicare ambiguă între cei doi. Tatăl punea accent pe soluţiile raţionale, iar mama se lăsa condusă de emoţii.

La sfârşitul celei de a patra şedinţe, o nouă sarcină a fost dată: un test ce era o metodă riguroasă de a colecta date, care erau apoi folosite pentru a decide soluţia optimă pentru pacient. Terapeutul i-a cerut lui Marco să mănânce în fiecare zi la centru timp de două săptămâni, şi apoi să mănânce acasă următoarele două săptămâni. Ciclul urma să se repete până la următoarea întâlnire. Dacă Marco refuza să mănânce la centru în perioada în care ar fi trebuit să o facă, nu trebuia să i se permită să mănânce când se întorcea acasă. Luke era însărcinat să înregistreze nivelul de anxietate al ambilor părinţi folosind o scală de la 1 la 10.

La a cincea ședință, 3 luni mai târziu, familia părea vizibil satisfăcută de rezultatele obținute, de faptul că testul a fost făcut într-un mod precis. Perioada alternantă prescrisă l-a satisfăcut pe pacient, pe familie și pe profesori. Marco era sănătos și își respectase programul de mese.

Pe baza comentariilor tatălui că prânzul alternant era satisfăcător atât pentru Marco, cât și pentru ei, terapeuții au propus o reglare în rația meselor de acasă cu mesele de la centru (70% - 30%) și a eliberat familia de prescripția testului, cerându-le să discute aceasta cu profesorii pentru a cădea de acord asupra unor criterii mai flexibile care vor conduce la o soluție satisfăcătoare de ambele părți.

Ultima intervenție a echipei înaintea terminării terapiei a privit evidența nivelelor de anxietate cam înalte, deși nu excesive, pe care Luke le înregistrase cu o mare precizie. S-a menționat familiei că dacă ulterior simțea nevoia de ajutor în ceea ce privea nivelul de anxietate, putea să solicite terapia. La următoarea ședință, exact după 1 an de la concluzia terapiei, Marco s-a dovedit a fi în continuare sănătos. Singura problemă fusese o gripă care îl făcuse să piardă din greutate. Dar greutatea se stabilise la 50 kg. Marco mai vomita ocazional, probabil din cauza problemelor gastrice de care suferise timp de câțiva ani, așa cum reieșea din dosarul medical realizat înaintea apariției problemelor alimentare.

Marco frecventase centrul social de educație regulat. Era considerat cel mai silitor, care promitea cel mai mult dintre candidații centrului, cu perspectiva de a se angaja în muncă. Nu și-a mai întrebat părinții despre faptul că era diferit de ceilalți și ei au continuat să comunice într-o manieră mai clară și funcțională.

Oricum, terapeuții și-au dat seama că familia simțea nevoia unei reasigurări asupra stabilității îndepărtării simptomului. Părinții au raportat diferite ritualuri ale modului de a mânca (de exemplu, toate platourile trebuiau să fie puse pe masă la începutul cinei), ritualuri pe care ei le simțeau ca semne ale unei recăderi posibile. Terapeuții au confirmat că în ce privește aspectul psihologic al problemei mâncatului nu aveau de ce își face griji. Au explicat, totuși, că unele probleme ale comportamentului lui Marco nu pot fi eliminate deoarece ele erau cauzate de handicapul său, pe care din acel moment părinții l-au acceptat.

După cum se poate deduce din ceea ce am descris până acum, în terapia sistemică de familie *rolul terapeutului* este ușor diferit de cel al terapeuților de altă orientare. Există elemente similare, cum ar fi păstrarea controlului asupra procesului terapiei, manifestarea respectului, a emaptiei, a flexibilității pentru a forma o alianță terapeutică eficientă cu familia, dar și elemente diferențiale față de alte modele terapeutice. De exemplu, dacă terapeutul structuralist se implică activ în structura sistemului familial, *terapeutul sistemic rămâne mai degrabă neutru*, chiar dacă unele intervenții implică un grad mai mare de activism. Pe de altă parte, terapeutul sistemic *nu se ghidează după un model de „familie sănătoasă"*, căutând să modeleze familia după acest tipar, ci *respectă propriul mod de organizare al familiei și caută soluțiile necesare pentru acel mod. Sarcinile lui sunt de a nu fi prins în pattern-ul disfuncțional al familiei* (și, deci, să nu reușească să îl identifice), *de a demasca jocurile familiei și de a invita familia prin prescrierile oferite de a începe să practice un joc diferit.*

(Selvini-Palazzoli și colab., 1989)

CONCLUZIE

Terapia sistemică de familie se dovedeşte în continuare un model cu o consistenţă internă extrem de bună între teorie şi practică, ceea ce îi permite să fie şi eficient, şi să influenţeze alte orientări. Ea a fost aplicată pe mai multe tipuri de probleme prezentate de familii care au apelat la serviciile terapeutice, însă numai două tipuri de simptome au atras atenţia: familiile cu un membru schizofrenic si cele cu un membru cu tulburare alimentară (în special anorexie nervoasă). Ca urmare a intervalului lung dintre şedinţe, este greu să se evalueze eficienţa sa după procesele empirice standard. Totuşi, ea continuă să fie una dintre orientările fundamentale în terapia de familie.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

ALBERNHE K., ALBERNHE T., *Lés thérapies familiales systémiques*, Paris, Masson, 2000.

BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J., WEAKLAND, J.H., *A Note on Double-bind*, in *Family Process*, vol. 2, p. 154-161, 1962.

BECVAR, D.S., BECVAR, R.J., *Family Therapy. A Systemic Integration*, Boston, Allyn & Bacon, 1996.

BELL, J.E., *Family group therapy*, New York, Jason Aronson, 1975.

BING, E., *The conjoint family drawing, Family Process*, nr. 9/1970, p. 173 - 194.

BOWEN, M., *Family therapy in clinical practice*, New York, Jason Aronson, 1978.

BOWEN, M., *Family therapy after 25 years.* În S. Arieti (Ed),*American handbook of psychiatry*, Vol. 5, New York, Basic Books, 1975.

BURBATTI, G.L., CASTOLDI, I., MAGGI, L., *Systemic Psychotherapy with Families, Couples and Individuals*, New Jersey, Janson Aronson Inc., 1993

DUHL, B.S., *From the inside out and other metaphors*, New York, Brunner & Mazel, 1983.

DUHL, F.J., KANTOR, D., DUHL, B.S., *Learning, space and action in family therapy: A primer of sculpture. In Techniques of Family Psychotherapy*, D.A. Block, ed., New York, Grune & Stratton, 1973.

FISCH, R., WEAKLAND, J.H., SEGAL, L., *Tactiques du changement. Thérapie et temps court*, Paris, Du Senil, 1986.

GEDDES, M., MEDWAY, Y., *The symbolic drawing of family life space*, în *Family Process*, nr. 16/1977, p. 219 - 228.

GORELL BARNES, G., *Family Therapy in Changing Times*, MacMillan Press, 1988.

GREENBERG, L.S., JOHNSON, S.M., *Emotionally focused therapy for couples*, New York, Guildford, 1988.

GURMAN, A., *Questions Answers in the practice of Family Therapy*, New York, Brunner/Mazel, 1981.

HALEY, J., *Strategies of Psychotherapy*, Triangle Press, 1990.

HILL, R., *Family development in three generations*, Cambridge, MA: Schenkman, 1970.

HOFFMAN, L., *Foundation of Family Therapy*, New York, Basic Books, Inc. Publishers,1981.

JAMES, K., McKINNON, L.M., *Theory and Practice of Structural Family Therapy: Illustration and Critique*, în Australian an New Zealand Family Therapy Journal, vol. 7, nr. 4/1986.

KANTOR, D., LEHR, W., *Inside the family*, San Francisco, Jossey Boss, 1975.

KEMPLER, W., *Experiential family therapy*, The International Journal of Group Psychotherapy, nr. 15/1965, 5771.

KEMPLER, W., *Principles of Gestalt family therapy*, Oslo, Nordahls, 1973.

KERR, M.E., *Family systems theory and therapy*, în Gurman, A.S., Kniskern, D.P. (Ed), *Handbook of family therapy*, New York, Brunner/Mazel, 1981

KERR, M.E., BOWEN, M., *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*, New York, W.W. Norton, 1988.

LAQUEUR, H.P., *Multiple family therapy*, în Ackerman, N.W. (Ed.), *Family therapy in transition*, Boston, Little Boston, 1970.

LAQUEUR, H.P., *Multiple family therapy*, în Guerin, J.P. (Ed.), *Family therapy: thory and practice*, New York, Gardner Press, 1976.

LEWIS, H.R., STREITFELD, H.S., *Growth games*, New York, National General Company, 1972.

MCDANIEL, S., HEPWORTH, J., MIHĂESCU, V., DOHWETY, W.J., *Psihoterapia ca sistem*, Iași, Ed. Polirom, 1996.

MCGOLDRICK, M., GERSON, R., *Génogrammes et entretien familial*,

Paris, ESF, 1990.

MIKESELL, R.H., LUSTERMAN, D-D., MCDANIEL SUSANH, *Integrating Family Therapy. Handbook of Family Psychology and System* Theory, American Psychological Association, Washington, 1995.

MINUCHIN, S., *Families and Family Therapy*, Cambridge, MA., Harvard University Press, 1974.

MINUCHIN, S., FISHMAN, H.C., *Family Therapy Techniques*, Cambridge, MA., Harvard University Press, 1981.

MITROFAN, IOLANDA, *Cuplul conjugal - armonie și dizarmonie*, București, Ed. Științifică și Enciclopedică, 1989.

MITROFAN, IOLANDA, *Familia de la A la Z*, București, Ed. Științifică și Enciclopedică, 1989.

MITROFAN, IOLANDA, *Psihologia relațiilor dintre sexe*, București, Ed. Alternative, 1997.

MITROFAN, IOLANDA, CIUPERCĂ C., *Introducere în psihosociologia și psihosexologia familiei*, București, Ed. Alternative, 1997.

MITROFAN, IOLANDA, *Psihoterapia experiențială*, București, Ed. Infomedica, 1999.

MITROFAN, IOLANDA (coord.), *Orientarea experiențială în psihoterapie*, București, Ed. SPER, 2000.

MITROFAN, IOLANDA (coord.), *Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului*, București, Ed. SPER, 2001.

NICHOLS, M.P., SCHWARTZ, R.G., *Family Therapy. Concepts and Methods*, Boston, Allyn & Bacon, 1991.

O'HANLON, W., *The third wave*, în *Networker*, November - December, 1994.

PAPERO, D.V., *The Bowen theory*, în Horne, A.M., și Passmore, J.L., *Family counseling and therapy*, Itasca, IL: F.E. Peacock, 1991.

PATTERSON, G.R., *Families. Application of Social Learning to Family Life*, Research Press, 1971.

SATIR, V.M., *Conjoint Family Therapy*, Palo Alto, C.A., Science and Behavior Books, 1964.

SATIR, V.M., *Peoplemaking*, Palo Alto, C.A., Science and Behavior Books, 1972.

SATIR, V.M., *The new peoplemaking*, Palo Alto, C.A., Science and Behavior Books, 1988.

SATIR, V.M., BALDWIN, M., *Later step by step: a guide to creating change in families*, Palo Alto, C.A., Science and Behavior Books, 1983.

SELVINI - PALAZZOLI, M., *Towards a general model of psychotic games*, in *Journal of Marital and Family Therapy*, nr 12/1986, p. 339 - 349.

SELVINI - PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G., *Paradox And Counterparadox*, New York, Janson Aronson, 1978.

SELVINI - PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., SORENTINO, A.M., *Lés jeux psychotiques dans la famille*, Paris, ESF, 1990.

SIMON, R.M., *Sculpting the family*, Family Process, nr. 11/1973, p. 49 - 51.

SPEACK, R.V., ATTNEAVE, C.A., *Family Networks*, New York, Pantheon, 1973.

TOMM, K., *One perspective on Milan approach: Part II. Overview of development, theory and practice*, în *Journal of Marital and Family Therapy*, nr. 10(2)/1984, p. 113 - 125.

TOMM, K., *One perspective on Milan approach: Part II. Description of session format, interviewing style and interventions*, în *Journal of Marital and Family Therapy*, nr. 10(3)/1984, p.253 - 271.

WALSH, W., McGROW, J., *Essentials of Family Therapy*, Love Publishing Company, 1996.

WATZLAWICK, P.A., *A Structured Family Interview*, în Family Process, vol. 5, p. 256-271, 1966.

WITHAKER, C.A., *Lés reveries d'un thérapeute familial*, Paris, ESF, 1989.

WITHAKER, C.A., KEITH, D.V., *Symbolic - experiential family therapy*, in A.S. Gurman & D.P. Kniskern, *Handbook of family therapy*, New York, Brunner/Mazel, 1981.

WHITE, M., *Deconstruction and Therapy*, Dulwich Center Newsletter, nr. 3/1988, p. 21 -40.

WHITE, M., *The externalizing of the problem and re-authoring of lives and relationships*, Dulwich Center Newsletter, nr. 9/1988.

WHITE, M., EPSTON, D., *Narrative Means to Therapeutic Ends*, New York, W.W. Norton, 1990.